

Leitfaden durch die Leistungsvereinbarung Psychotherapie (LVP) ab 01.01.2020

Zur Erklärung:

Die in den eckigen Klammern [...] angegebenen Verweise auf Paragraphen beziehen sich auf solche in der Leistungsvereinbarung Psychotherapie (LVP).

Die für die VertragstherapeutInnen relevanten Teile der LVP finden Sie im Internet **unter** www.gesundheitskasse.at/leistungsvereinbarung-psychotherapie

Übersicht

1. Das Leistungssystem

- 1.1. Sachleistungen für schwer Erkrankte, Kinder, wirtschaftlich Schwache und Rehabilitationsgeldbezieher
- 1.2. Voraussetzungen seitens der Psychotherapeutinnen für die Teilnahme am Sachleistungssystem
- 1.3. Gesamtausgabenhöchstgrenze
- 1.4. Das Sachleistungsangebot (Einzel-, Gruppen-, Paar- und Familientherapie)
- 1.5. Kostenzuschüsse

2. Leistungsvoraussetzungen und Antragsverfahren

- 2.1. Krankenbehandlung
- 2.2. Ärztliche Untersuchung
- 2.3. WS-Antrag (Sachleistungsgewährung für wirtschaftlich Schwache)
- 2.4. Antragsverfahren (sicherer Übermittlungsweg, Anonymisierung, Manual für das Ausfüllen aller Erst- und Verlängerungsanträge, Antragsformulare), Verfahren für Rehabilitationsgeldbezieher
- 2.5. Vollmacht für Zwecke der Sozialversicherung (Zustimmungserklärung)

3. Bewilligungsumfang und Besonderheiten

- 3.1. Bewilligungsumfang (Regelfrequenz und kurzfristige Erhöhung, Einzelstunden im Rahmen der Gruppentherapie, Subsystemarbeit im Rahmen der Paar- und Familientherapie, zeitliche Befristung von Sachleistungskontingenten)
- 3.2. Krankenbesuch
- 3.3. Fahrtkosten
- 3.4. Vertretung
- 3.5. Übergabegespräche
- 3.6. Abrechnung
- 3.7. Besondere Fallkonstellationen (Stunden bis zur Mitteilung der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), ausgefallene/versäumte Behandlungseinheiten)

4. Voraussetzungen für die Leistung von Kostenzuschüssen

- 4.1. Ärztliche Untersuchung
- 4.2. Vorliegen einer Krankenbehandlung bzw. einer Bewilligung
- 4.3. Notwendige Angaben auf Honorarnote(n)
- 4.4. Einreich- (bzw. Verfalls-)Frist

1. Das Leistungssystem

1.1. Angesichts der vom Gesetzgeber für Psychotherapie nur sehr begrenzt zur Verfügung gestellten Finanzmittel, die für eine flächendeckende Versorgung „auf Krankenschein (bzw. e-card)“ keinesfalls ausreichen, erfolgt durch die „Leistungsvereinbarung Psychotherapie“ (LVP) eine **Schwerpunktsetzung der Sachleistungserbringung auf:**

- a) **Schwer Erkrankte („SE“)** durch die monatliche Zuteilung von (derzeit zwischen 130 und 200) Psychotherapieplätzen – sogenannten „Sachleistungskontingenten“ – anhand einer Punktereihung, für die die Schwere der Beeinträchtigung und die Dringlichkeit der Behandlung maßgeblich sind.

Bevorzugt anzubieten und zu vergeben sind Behandlungsplätze an:

- Patientinnen, die im Pilotprojekt „Integrierte Versorgung für Personen mit schweren psychiatrischen Erkrankungen“ betreut wurden [§ 2 Abs. 1a];
- Sonstige Patientinnen mit fachpsychiatrischer Indikationsstellung für eine Psychotherapie [§ 2 Abs. 4].

Sollte von der ARGE-Vertragstherapeutin kein Sachleistungsplatz angeboten werden können, ist die Patientin schon vor der ersten Therapiestunde aufzuklären (und zwar mündlich bei der Terminvereinbarung und schriftlich dokumentiert vor Beginn der ersten Sitzung) und auf entsprechende Angebote anderer ARGE-Vertragstherapeutinnen hinzuweisen [§ 8 Abs. 1].

- b) Für **Kinder und Jugendliche („SKJ“)** sind 45 zusätzliche Kontingentplätze vorgesehen.

Die monatliche Zuteilung neuer Kontingente sichert über das ganze Jahr hinweg, dass Akutfälle binnen eines Monats einen Psychotherapieplatz erhalten können. Die sozioökonomische Lage spielt auf dieser „Sachleistungsschiene“ nicht die primäre Rolle [Zahl der Kontingente: § 1 Abs 1 lit a, Zuteilungsmethode: § 2 Abs 1; Härtefälle: § 2a].

- c) **Wirtschaftlich Schwache („WS“)**, die über so geringe Einkünfte verfügen, dass sie bei (teilweiser) Eigenfinanzierung einer Psychotherapie unter die Richtsätze der Mindestsicherung fallen würden, erhalten ebenfalls Sachleistungsplätze, wobei ein Teil der Kosten dafür aus Finanzmitteln des Landes Salzburg (die ÖGK verwaltet diese Gelder im Auftrag des Landes), der andere Teil von der ÖGK getragen wird. Die Schwere der Erkrankung spielt auf dieser „Sachleistungsschiene“ keine Rolle [§ 2 Abs 2].

- d) **Rehageldbezieher**, die im Rahmen ihres Maßnahmenplanes auch Psychotherapie benötigen, können diese auch als Sachleistung erhalten.

Für Psychotherapien, die nicht unter diese Gruppen fallen, leistet die ÖGK bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen (Bewilligung, vorherige Bezahlung, etc.) **Zuschüsse** zu den vom Patienten selbst getragenen Kosten gemäß Satzung (**siehe Punkt 1.5.**).

1.2. Entsprechend der oben angeführten Schwerpunktsetzung wird

- a) für die Teilnahme am Angebot von **Sachleistungskontingenten für schwer Erkrankte, für Kinder und Jugendliche** sowie **für Rehageldbezieher** von den Psychotherapeutinnen über die Eintragung in die Psychotherapeutenliste des BMG hinaus ein **spezifischer Erfahrungsnachweis** verlangt [§§ 3, 3a, 3b und 3c];
- b) In den Bezirken Pongau, Pinzgau und Lungau werden von der ARGE-Psychotherapie Sonderkontingente durch PsychotherapeutInnen mit adaptiertem Erfahrungsnachweis angeboten [§ 1 Abs 9];

- c) für die Teilnahme an der **Sachleistungserbringung (Einzelsitzungen) für wirtschaftlich Schwache** nur die **Eintragung in die Psychotherapeutenliste des BMG** verlangt.

Die Erhebungsbögen für den Nachweis des spezifischen Erfahrungsnachweises gemäß lit a können bei der ÖGK, Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg (Arbeitsgruppe Psychotherapie, Frau Sciarrone, Tel: 05 0766-171591 oder Frau Mag. Löberbauer DW -171592), angefordert werden. Für Fragen zum spezifischen Erfahrungsnachweis steht Ihnen Herr Dr. Kletter (ÖGK, Tel: 05 0766-171501) zur Verfügung.

Vertragspartner sind der Bundesverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen und die Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (die sich zur **ARGE-Psychotherapie** zusammengeschlossen haben) einerseits sowie die ÖGK andererseits. Die BVAEB und SVS sind der LVP hinsichtlich der Sachleistungserbringung für Schwererkrankte (die BVAEB auch für Wirtschaftlich Schwache) beigetreten, womit Probleme bei Versicherungswechsel vermieden werden können. Die ARGE-Psychotherapie schließt ihrerseits Vereinbarungen mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen ab. Zwischen ÖGK und Psychotherapeutinnen besteht keine Vertragsbeziehung. **Freiberuflich niedergelassene Psychotherapeutinnen, die an der Sachleistungserbringung teilnehmen wollen, müssen daher mit der ARGE-Psychotherapie eine Vereinbarung abschließen** [§ 1 Abs 3]. Leistungen von Psychotherapeutinnen, die in einem Anstellungsverhältnis bzw. im Rahmen einer Institution erbracht werden, sind von der Leistungsvereinbarung nicht erfasst. (Zusätzlich zur Leistungsvereinbarung mit der ARGE-Psychotherapie hat die ÖGK Psychotherapie-Sachleistungsverträge mit einigen Einrichtungen abgeschlossen, in denen Psychotherapeutinnen auch angestellt sind, z.B. Krankenhaus Schwarzach, Pro Mente / Heimo-Gastager-Haus, Kinderseelenhilfe, Caritas / Flüchtlingsprojekt Sotiria, Lebenshilfe.)

- 1.3. Für sämtliche psychotherapeutischen Leistungen (ausgenommen Rehageldtherapien) ist eine **Gesamtausgabenhöchstgrenze** festgelegt, die jenem Betrag (dem auf den heutigen Wert valorisierter Anteil der ÖGK) entspricht, den der Gesetzgeber für die Psychotherapie vorgesehen hat. Diese Gesamtausgabenhöchstgrenze wird jedes Jahr entsprechend der Beitragseinnahmensteigerung angepasst.

1.4. Das Sachleistungsangebot umfasst:

a) Einzeltherapie für schwer Erkrankte („SE“):

Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 erfüllen. Der Vertragstarif beträgt derzeit € 77,60 pro Stunde, wovon die Patientin 20 % (derzeit € 15,50) als Behandlungsbeitrag^o selbst direkt an die Psychotherapeutin zu bezahlen hat. Der von der ARGE-Psychotherapie den Psychotherapeutinnen ausbezahlte „Kassenanteil“ beträgt somit derzeit € 62,10.

Einzeltherapie für Kinder und Jugendliche („SKJ“):

Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder 3b erfüllen. Der Vertragstarif beträgt derzeit € 77,60 pro Stunde. Minderjährige (wurde die Therapie vor dem 18. Lebensjahr begonnen, längstens bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres) sind vom Behandlungsbeitrag befreit [§ 1 Abs 1 lit.a]; die Psychotherapeutin erhält das volle Stundenhonorar.

Einzeltherapie für Rehageldbezieher:

Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder 3c erfüllen. Der Vertragstarif beträgt derzeit € 77,60 pro Stunde. Liegt das Rehageld unter € 1.220,00 pro Monat (Wert 2019; diese Grenze wird jährlich angepasst), ist die Patientin vom Behandlungsbeitrag befreit [§ 1 Abs 1 lit.b]; die Psychotherapeutin erhält dann das volle Stundenhonorar. Liegt das Rehageld darüber, ist analog zu SE-

Therapien ein Behandlungsbeitrag^o zu zahlen. Welche Regelung anzuwenden ist, wird der Patientin und der Therapeutin im Zuge der Bewilligung mitgeteilt.

Falls nach Jahresabschluss im Rahmen der Gesamtausgabenhöchstgrenze (siehe Punkt 1.3.) Finanzmittel übrig bleiben, erfolgt daraus an die Psychotherapeutinnen mit Erfahrungsnachweis gem. § 3 LVP eine Nachzahlung von bis zu € 5,00 je abgerechnete SE-, SKJ und Reha-Einzelstunde, sodass der faktische Einzelstundentarif bis zu € 82,60 beträgt [§ 1 Abs 5 und 6]. Zur Verbesserung des Sachleistungsangebotes in der Versorgungsregion 52 wird diese Nachzahlung für Psychotherapeutinnen mit Niederlassung ebendort hinsichtlich Kontingentstunden, die dort an Versicherte mit Wohnsitz ebendort erbracht wurden, um 50% erhöht.

b) Einzeltherapie für wirtschaftlich Schwache („WS“):

Der von der ARGE-Psychotherapie an ihre Vertragspsychotherapeutinnen ausbezahlte Vertragstarif beträgt derzeit € 77,60 pro Stunde (davon wird ein Teil von der ÖGK und der andere Teil aus Landesmitteln, die von der ÖGK verwaltet werden, getragen). Überschreitet das verfügbare Haushaltseinkommen eine nach Landesrecht ermittelte Grenze, muss die Patientin eine Kostenbeteiligung (in Höhe des Behandlungsbeitrages wie oben lit.a) an die Psychotherapeutin bezahlen^o, liegt das Haushaltseinkommen unter dieser Grenze, entfällt eine Kostenbeteiligung [§ 1 Abs 2].

Eine allfällige Tarifnachzahlung wie zu lit a erfolgt nicht.

c) Einzeltherapie – Einbeziehung von Bezugspersonen:

Im Zuge einer Einzeltherapie kann es fallweise erforderlich sein, in Sitzungen mit der Patientin eine Bezugsperson einzubeziehen. In Ausnahmefällen (Krisensituationen der Patientin – Begründung auf der Rechnung erforderlich) oder für Elterngespräche bei Psychotherapie eines Kindes kann fallweise eine Sitzung mit der/den Bezugsperson/en alleine stattfinden. Die Einbeziehung der Bezugsperson(en) ändert aber nichts am Setting „Einzeltherapie“, sowohl was die Antragstellung als auch die Abrechnung als Sachleistung bzw. eine Zuschussleistung betrifft.

Hinweis: Sollen dauerhaft mindestens 2 weitere Familienmitglieder bzw. der/die Partner/in an der Psychotherapie teilnehmen, ist eine Familien- bzw. Paartherapie (siehe lit d und e) zu beantragen [§ 6 Abs 4].

d) Paartherapie ist als Sachleistung nur für schwer Erkrankte vorgesehen (Zuteilung von Kontingenten gemäß Punkt 1.1. lit a).

Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 erfüllen. Der Vertragstarif beträgt € 80,90 pro Stunde, die Patientinnen haben an die Vertragspsychotherapeutin der ARGE-Psychotherapie davon einen Behandlungsbeitrag^o in Höhe von € 16,20 zu leisten. (Erfüllt die Patientin bzw. das Paar die „WS-Kriterien“ – siehe Punkt 2.3. –, kann sie/es vom Behandlungsbeitrag ganz oder teilweise befreit werden.)

Von einer Bewilligung der Paartherapie ist auch eine „Subsystemarbeit“ (fallweise Einzelsitzungen mit nur einem Partner) mitumfasst; für eine solche Sitzung wird aber nur der Stundensatz für eine Einzelsitzung honoriert [§ 6 Abs 6] bzw. bezuschusst.

e) Familientherapie wird als Sachleistung nur für schwer Erkrankte erbracht (Zuteilung von Kontingenten gemäß Punkt 1.1. lit a).

Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis entweder gemäß § 3 oder § 3a erfüllen. Der Vertragstarif beträgt für eine Familiensitzung in der Dauer von zumindest 75 Minuten € 120,90 (in der Dauer von zumindest 100 Minuten € 160,80), der/die Versicherte hat an die Vertragspsychotherapeutin der ARGE-Psychotherapie davon einen Behandlungsbeitrag^o in Höhe von € 24,20 (bei 100 Minuten € 32,20) zu leisten. (Erfüllt der/die Versicherte die „WS-Kriterien“ – siehe Punkt 2.3. –, kann er/sie vom Behandlungsbeitrag ganz oder teilweise befreit werden.)

Von einer Bewilligung der Familientherapie ist auch eine „Subsystemarbeit“ (insbesondere fallweise Sitzungen mit dem Paar ohne Kinder bzw. mit Einzelpersonen) mitumfasst; für eine solche Sitzung wird der Stundensatz für die Paarsitzung bzw. für eine Einzelsitzung (mit oder ohne Bezugsperson) honoriert bzw. bezuschusst. Erst ab 3 Personen kommt (sofern eine Familientherapie beantragt und bewilligt wurde) der Tarif für die Familiensitzung zur Anwendung [§ 6 Abs 7].

- f) **Gruppentherapie** wird als **Sachleistung nur für schwer Erkrankte** erbracht (Zuteilung von Kontingenten gemäß Punkt 1.1. lit a), und zwar **nur für fortlaufende (6-12-Monats-) Gruppen**. Die Psychotherapeutin muss den spezifischen Erfahrungsnachweis entweder gemäß § 3 oder § 3a erfüllen. Der jeweilige Vertragstarif pro Patientin ist von der Gruppengröße und der Dauer der gruppentherapeutischen Sitzung abhängig [siehe Anhang 6 zur LVP]. Auch hier hat die Patientin einen Behandlungsbeitrag° im Ausmaß von 20 % des jeweiligen Vertragstarifes zu leisten. (Erfüllt die Patientin die „WS-Kriterien“ – siehe Punkt 2.3. –, kann sie vom Behandlungsbeitrag ganz oder teilweise befreit werden.)
- Ist die Patientin parallel zur Gruppentherapie nicht auch in Einzeltherapie bei einer anderen Psychotherapeutin, können bei entsprechender Notwendigkeit von der Leiterin der Gruppe ohne zusätzliche Antragstellung pro Halbjahr bis zu 5 Einzelsitzungen zusätzlich erbracht und abgerechnet werden. Ab einer gewissen Gruppengröße kann die Gruppe von zwei Psychotherapeutinnen (bei insgesamt höherer Honorierung) geleitet werden, wobei die Abrechnung ausschließlich von einer Vertragspsychotherapeutin der ARGE-Psychotherapie erfolgt [§ 6 Abs 5].

Es besteht im Einzelfall (insbesondere schlechten Einkommensverhältnissen) die Möglichkeit, hinsichtlich des Kostenbeitrages beim **Unterstützungsfonds der ÖGK** einen Antrag auf (teilweise) Unterstützung zu stellen.

1.5. **Sofern keine Sachleistung** erbracht wird, leistet die ÖGK (bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Abschnitt 2.) **Kostenzuschüsse** in folgender Höhe:

- | | |
|--|---------|
| a. für eine Einzel- oder Paarsitzung* zu mindestens 60 Minuten | € 28,00 |
| b. für eine Einzelsitzung zu mindestens 30 Minuten | € 16,00 |
| c. für eine Gruppensitzung* zu mindestens 45 Minuten (maximal 10 Personen) | € 7,00 |
| d. für eine Gruppensitzung* zu mindestens 90 Minuten (maximal 10 Personen) | € 10,00 |
| e. für eine Gruppensitzung* zu mindestens 135 Minuten (höchstens 14tägig)
höchstens 10 Personen mit einer Psychotherapeutin oder
höchstens 16 Personen mit zwei Psychotherapeutinnen | € 17,00 |
| f. für eine Familiensitzung* zu mindestens 100 Minuten (mindestens 3 Personen) | € 50,00 |
| g. für eine Familiensitzung* zu mindestens 75 Minuten (mindestens 3 Personen) | € 35,50 |

* Auf der Rechnung sind die Gruppengröße und allenfalls beide Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen anzugeben.

2. Leistungsvoraussetzungen und Antragsverfahren

2.1. Krankenbehandlung:

Die Krankenkassen sind nur für Psychotherapie als Krankenbehandlung gemäß dem Sozialversicherungsrecht leistungszuständig. Nicht jede Psychotherapie fällt somit in den Leistungsbereich der Krankenkassen. **§ 5 LVP** versucht diese **Abgrenzung** zu präzisieren. Das Antragsverfahren (siehe Punkt 2.4.) dient der Feststellung der Leistungszuständigkeit (hinsichtlich Krankheitswertigkeit der Störung und notwendigem Umfang einer Krankenbehandlung) im konkreten Fall. Eine „aufsuchende“ soziotherapeutische Behandlung (z.B. Betreuung von Familien als Leistung der Jugendämter) stellt keine Leistung der Krankenbehandlung dar und ist somit weder Gegenstand der Sachleistungserbringung noch einer Zuschussleistung [§ 5 Abs 7]. Für **Rehageldbezieher** gelten gesonderte Voraussetzungen [§ 5a].

2.2. Ärztliche Untersuchung:

Das ASVG verlangt zwingend, dass spätestens vor der 2. psychotherapeutischen Sitzung bei einer nicht-ärztlichen Psychotherapeutin eine ärztliche Untersuchung der Patientin (bei Einzel- und Gruppentherapie) bzw. des „Symptomträgers“ (bei Paar- und Familientherapie) stattgefunden haben muss. (Damit soll nach Vorstellung des Gesetzgebers vermieden werden, dass eine somatische Krankheitsursache übersehen wird.) Zum Nachweis der Untersuchung liegen **Bestätigungsformulare** auf (zum Herunterladen auch im Internet verfügbar **unter** www.gesundheitskasse.at/formulare-psychotherapie)

Wichtig:

Ohne Vorlage einer solchen ärztlichen Bestätigung darf die ÖGK für eine Psychotherapie bei einer nicht-ärztlichen Psychotherapeutin keine Leistung erbringen. Dies gilt sowohl für Sachleistungen als auch für Kostenzuschüsse, nicht aber für RehaGeldbezieher (für die die Psychotherapie Bestandteil eines umfangreichen Maßnahmenplanes ist)!

2.3. WS-Antrag (Sachleistungsgewährung für wirtschaftlich Schwache):

Patientinnen mit Wohnsitz im Land Salzburg in besonders schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen können einen eigenen Antrag auf Sachleistungsgewährung stellen (sogeannter „WS“-Antrag, zum Herunterladen auch im Internet verfügbar **unter** www.gesundheitskasse.at/antraege-psychotherapie oder telefonisch anzufordern unter 05 0766-171540, 171556, 171557 oder 171560). Dazu besteht auch die Möglichkeit einer persönlichen Vorsprache (ÖGK, Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg, 2. Stock, Zimmer 204, 208, 210). Dieser „WS“-Antrag kann jederzeit (aber rückwirkend nur für längstens 2 Wochen) gestellt werden. Der WS-Antrag erhebt die Einkommensverhältnisse der Patientin, aber keine Angaben zur psychischen Erkrankung (diese sind mit den Anträgen gemäß Punkt 2.4. gesondert an die Psychotherapiebegutachtungsstelle zu übermitteln).

Für die Finanzierung der WS-Psychotherapien werden teilweise Finanzmittel des Landes Salzburg herangezogen, welche von der ÖGK treuhändig verwaltet werden. In Einzelfällen, in denen das Einkommen der Patientin nach Berücksichtigung ihrer Therapiekosten über den Richtsätzen des Landes für Sozialhilfe bzw. die Mindestsicherung liegt, muss die Patientin nach dem Landesrecht eine Kostenbeteiligung von 20% des Kassentarifes leisten, die direkt der/m PsychotherapeutIn zu bezahlen ist.

Patientin und Psychotherapeutin erhalten über das Ergebnis der Prüfung des WS-Antrages eine schriftliche Benachrichtigung. Die Patientin ist verpflichtet, **Änderungen** ihrer Einkommensverhältnisse **unverzüglich und unaufgefordert der ÖGK zu melden**. Bei Missachtung dieser Pflicht werden ungebührliche Leistungsbezüge durch die ÖGK im Auftrag des Landes Salzburg von der Patientin zurückgefordert.

Die Psychotherapeutin soll (zur Vermeidung von Rückforderungen) die Patientin an diese Meldepflicht erinnern, wenn sie von solchen Änderungen der Umstände Kenntnis erlangt. [§ 2 Abs 2].

2.4. Antragsverfahren:

Das zentrale Steuerungsinstrument des Salzburger Psychotherapiemodells ist das standardisierte und anonymisierte Antragsverfahren. Die behandelnde Psychotherapeutin muss dazu die entsprechenden Formulare im Auftrag der Patientin ausfüllen. Damit soll einerseits die Begutachtung und Entscheidung durch die ÖGK auf eine transparentere und nachvollziehbare Grundlage gestellt und andererseits durch strikte Anonymisierung und sichere Übermittlung das Interesse der Patientin an Geheimhaltung gewahrt wer-

den. Weil eine korrekte Antragstellung die Grundlage für eine möglichst gerechte Mittelverteilung darstellt, sind für den Fall unkorrekter Antragstellungen (insbesondere unzutreffende Aggravation bei GAF-Skalierung, psychischer Status, Diagnose) Sanktionen vorgesehen [§ 7a]. Wichtig ist, auf dem Antragsformular den für die Patientin zuständigen Versicherungsträger (ÖGK/BVAEB/SVS) anzugeben.
(Für RehaGeldbezieherinnen gilt ergänzend davon § 5a.)

2.5. Vollmacht für Zwecke der Sozialversicherung (Zustimmungserklärung)

Die ARGE-Vertragstherapeutinnen haben von ihren Patienten eine datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung einzuholen und aufzubewahren. Sie dürfen mit der ÖGK auch zur Klärung bloßer administrativer Angelegenheiten in Bezug auf konkrete Patienten nur dann Kontakt aufnehmen, wenn von diesen Patientinnen eine Vollmacht bereits erteilt und nicht widerrufen wurde [§ 8 Abs.1]. PsychotherapeutInnen ohne Vertrag mit der ARGE-Psychotherapie müssen dafür der ÖGK eine Kopie der aufrechten Zustimmungserklärung übermitteln.

Grundsätzlich gilt für die Versicherten von ÖGK, BVAEB, SVS in gleicher Weise:

a) **Alle Anträge** werden auf dem Vertragspartnerportal der ÖGK **unter www.gesundheitskasse.at/formulare-psychotherapie** zum Herunterladen bereitgestellt.

Jeder Psychotherapeutin wird auf Antrag ein **sicherer** (passwort-geschützter) **Übermittlungsweg** zur Verfügung gestellt. Dazu füllt die Psychotherapeutin einen „Antrag auf Zuteilung einer Benutzernamen/Kennwort-Kombination zur Authentifizierung“ aus (der Antrag kann telefonisch bei der ÖGK, Arbeitsgruppe Psychotherapie, Frau Sciarrone, Tel: 05 0766-171591 oder Frau Mag. Löberbauer DW -171592 angefordert werden) und sendet diesen an die ÖGK, Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg, Arbeitsgruppe Psychotherapie, Frau Sciarrone. Von der ÖGK erhält die Psychotherapeutin mit RSA-Brief einen Zugangscode, den die Psychotherapeutin beim ersten Einstieg in das System verwenden muss, dabei aber ändern kann und auch soll, sodass nur die Psychotherapeutin diesen Code kennt (weitere Informationen gibt der RSA-Brief).

b) **Für alle Psychotherapien kommt folgendes Anonymisierungsverfahren der Anträge zur Anwendung**

Die behandelnde Psychotherapeutin fordert bei der Verwaltung (ÖGK, Engelbert-Weiß-Weg 10, 5020 Salzburg, Arbeitsgruppe Psychotherapie, Tel: 05 0766-171516, DW 171555 oder DW 171553 bzw. DW 171554) für die Patientin einen numerischen Code an, der keinen Rückschluss auf die Identität der Patientin zulässt. Die Vollmacht für Zwecke der Sozialversicherung ist vorher von der Patientin zu unterschreiben. Dieser Code wird per Post in zweifacher Ausfertigung der Psychotherapeutin zugesandt; ein Exemplar ist für die Patientin bestimmt. Dieser Code ist das Identifikationsmerkmal für alle Angelegenheiten der Begutachtung (z.B. Rückfragen an die oder von der Begutachtungsstelle) und ändert sich auch im Falle eines Therapeutenwechsels nicht [§ 7 Abs 3]. **Die in der Begutachtung eingesetzten Psychotherapeutinnen kennen die Identität der Patientin (Name, Versicherungsnummer, Adresse, etc.) nicht, sodass Rückfragen der Psychotherapeutin oder Patientin dort nur unter Nennung des Patienten-Codes erfolgen können.**

Die Anträge werden von der ÖGK-Homepage heruntergeladen (s. lit. a):

Die Anträge werden von der behandelnden Psychotherapeutin mit dem Patienten-Code versehen, ausgefüllt und zweckmäßigerweise direkt an die Psychotherapiebegutachtungsstelle übermittelt (siehe lit c). Zur Entbindung von der absoluten Verschwiegenheitspflicht muss die Patientin die Psychotherapeutin mit der Erstellung und

Übermittlung der Anträge an die ÖGK beauftragen (dies ist Bestandteil der von der ARGE-Psychotherapie ihren Vertragspsychotherapeutinnen empfohlenen Einwilligungserklärung).

Die Psychotherapiebegutachtungsstelle teilt der Verwaltung unter Angabe des Patienten-Codes nur das Begutachtungsergebnis (Setting, Stundenanzahl, Frequenz und bei Sachleistungsanträgen die Punktezahl für die von der Verwaltung durchzuführende Kontingenzuteilung) mit. Die ÖGK leitet dieses Ergebnis an die BVAEB, SVS für deren Patientinnen weiter. Die Verwaltung des zuständigen Versicherungsträgers verständigt per Post über das Ergebnis (insbesondere Art und Umfang der Bewilligung) Psychotherapeutin und Patientin – hinsichtlich der Sachleistungspatientinnen auch die ARGE-Psychotherapie – und führt die Abrechnung durch.

Für Psychotherapien für Reha geldbezieher ist ein gesondertes Berichtswesen vorgesehen [§ 5a].

- c) **Die Anträge sind auf dem angebotenen elektronischen Wege zu übermitteln.** Die Anträge sind anwendergerecht zu vielen Punkten mit „Drop-Down“-Funktionen ausgestattet, die ihre Ausfüllung erleichtern und beschleunigen. Die angebotene elektronische Übermittlung ist auch der sicherste Übermittlungsweg.
Die Datensicherheit ist garantiert: Die Verwaltung kennt die Inhalte der Anträge bzw. die Gründe für eine Bewilligung oder Ablehnung nicht. Die Datenbanken von Verwaltung und Psychotherapiebegutachtungsstelle sind voneinander getrennt und bestmöglich gesichert, sodass eine Zusammenführung von Antragsdaten und Versicherungsnummer oder Name technisch nicht möglich ist. Verwaltung und Begutachtung sind auch organisatorisch (verschiedene Abteilungen) strikt getrennt.
 Nur in jenen Fällen, in denen eine Versicherte mit der Entscheidung der Psychotherapiebegutachtung nicht einverstanden ist und einen Ablehnungsbescheid verlangt, muss die Psychotherapiebegutachtungsstelle dem den Bescheid erlassenden Verwaltungsorgan die Gründe für die Ablehnung bekannt geben, damit der Bescheid ordnungsgemäß begründet werden kann. (In einem Sozialgerichtsverfahren, das die Versicherte gegen eine Ablehnung selbst einleitet, muss erforderlichenfalls aus Beweisgründen auf die Anträge zurückgegriffen werden.) An Dritte (insbesondere andere Behörden) erfolgt keinerlei Auskunftserteilung über die Inhalte der Antragsformulare.
- d) **Manual (Anleitung) für das Ausfüllen aller Erst- und Verlängerungsanträge:** Für das Ausfüllen aller Erst- und Verlängerungsanträge ist ein Manual aufgelegt, welches beim elektronischen Abruf eines Erst- oder Verlängerungsantrages direkt aufgerufen werden kann.
- e) **Erstanträge:**
- Für Einzeltherapien muss vor der 11. Stunde ein Erstantrag/ Einzeltherapie gestellt werden [§ 7 Abs 2, 4],
 - für **G**ruppen-, **P**aar- oder **F**amilientherapien vor der 5. Sitzung, und zwar
 - wenn keine parallele Einzeltherapie läuft, ein Erstantrag/**GPF** oder
 - wenn eine parallele Einzeltherapie läuft, ein (inhaltlich kürzerer) Zusatzantrag/Erstantrag für GPF [§ 7 Abs 11, 12].
- f) **Verlängerungsanträge:**
 Etwa 1 Monat (aber nicht früher als ca. 2 Monate) vor Verbrauch der bewilligten Stunden bzw. Sitzungen ist, wenn die Psychotherapie danach fortgesetzt werden soll, ein Verlängerungsantrag zu stellen und zwar je nachdem (siehe lit e) entweder ein Verlängerungsantrag/ Einzeltherapie oder Verlängerungsantrag/GPF oder Zusatzantrag/Verlängerungsantrag für GPF [§ 7 Abs 5, 11, 12]. Achtung: Eine rückwirkende Kostenübernahme kann nur maximal für 2 Monate ab Einlangen des Verlängerungsantrages erfolgen!

Besonderheiten:

Wurde eine Psychotherapie **länger als 1 Jahr unterbrochen**, verfallen bereits genehmigte und noch nicht verbrauchte Stunden. Auch bei Fortsetzung der Psychotherapie bei der selben Psychotherapeutin muss daher ein Verlängerungsantrag gestellt werden [§ 7 Abs 5].

Liegen seit dem Ende der letzten Psychotherapie **mehr als 3 Jahre**, wird - auch dann, wenn die Psychotherapie bei der selben Psychotherapeutin erfolgt – von einer neuen Psychotherapie ausgegangen, deren ersten 10 Stunden Einzeltherapie bewilligungsfrei sind. Vor der 11. Stunde ist ein neuer Erstantrag zu stellen ([§ 7 Abs 2]. Achtung: Hier ist wieder eine ärztliche Bestätigung erforderlich – siehe Punkt 2.2.).

g) Geplanter Psychotherapeutenwechsel:

Ist aus psychotherapeutischer Sicht die Fortführung der Behandlung bei einer anderen Psychotherapeutin erforderlich, zeigt dies die bisher behandelnde Psychotherapeutin innerhalb von 3 Monaten nach der letzten Therapiestunde der ÖGK mit eigenem **Antrag auf geplanten Therapeutenwechsel** (abrufbar **unter www.gesundheitskasse.at/formulare-psychotherapie**) an.

Die Patientin „nimmt“ dann die noch nicht verbrauchten bewilligten Stunden „mit“; die neue Psychotherapeutin stellt dann ca. 1 Monat vor Verbrauch dieser Stunden einen Verlängerungsantrag (siehe lit f) [§ 7 Abs 9].

h) Ungeplanter Psychotherapeutenwechsel:

Ein solcher liegt vor, wenn die Patientin von sich aus eine Psychotherapie abbricht und eine andere Psychotherapeutin aufsucht. Das hat jedenfalls zur Folge, dass alle bewilligten und noch nicht verbrauchten Stunden/Sitzungen verfallen. Die neue Psychotherapeutin hat jedenfalls längstens bis zur 10. Therapiestunde einen neuen Erstantrag zu stellen (für weiter zurückliegende Stunden erfolgt keinesfalls eine Bewilligung, es gibt auch keine bewilligungsfreien Stunden gemäß Abs 2). Aufgrund dieses Antrages können maximal 10 Stunden rückwirkend bewilligt werden.

Hat die Patientin in den zurückliegenden 3 Jahren insgesamt für weniger als 20 Stunden Psychotherapie Kassenleistungen erhalten, ist ab dem 3. Psychotherapeutenwechsel dessen Bewilligung durch die ÖGK erforderlich, waren es mehr als 20 Stunden, für jeden Psychotherapeutenwechsel. Dazu muss die Patientin einen eigenen **Antrag** („Antrag der/des Patientin/en auf **ungeplanten** Therapeuten(innen)wechsel“ – abrufbar **unter www.gesundheitskasse.at/formulare-psychotherapie**) stellen und darin ihre Gründe angeben. Sind diese Gründe nach Ansicht der ÖGK plausibel, wird der Psychotherapeutenwechsel genehmigt. Die neue Psychotherapeutin stellt einen neuen Erstantrag; eine neue ärztliche Bestätigung ist notwendig (siehe lit e) [§ 7 Abs 10].

3. Bewilligungsumfang und Besonderheiten

3.1. Bewilligungsumfang:

- a) Sofern keine Ablehnung erfolgt, wird eine bestimmte Gesamtanzahl von Stunden/Sitzungen mit einer Regelfrequenz bewilligt. Diese ist dem Bewilligungsschreiben zu entnehmen. Diese Regelfrequenz kann in besonderen Krisensituationen ohne gesonderte Antragstellung und Bewilligung erhöht werden, solange
- nicht mehr als 2 Stunden (oder 1 Doppelstunde) pro Woche erfolgen und
 - dieses Abgehen nicht mehr als 8 Stunden pro Kalenderjahr beträgt [§ 6 Abs 8];
- andernfalls ist für die Erhöhung der Frequenz ein Antrag erforderlich.

Die letzten maximal 10 bewilligten Einzelstunden können (im Sinne der Stützung der Eigenständigkeit der Patientin) auch über einen Zeitraum von maximal 18 Monaten nach Beendigung der regelmäßigen Psychotherapiesitzungen verbraucht werden [§ 7 Abs 6].

- b) Wurde eine Gruppentherapie bewilligt und ist die Patientin nicht parallel dazu in Einzeltherapie, kann bei Bedarf die Leiterin der Gruppe pro Halbjahr ohne zusätzliche Bewilligung für eine Patientin höchstens 5 Einzelsitzungen zusätzlich durchführen und als Sachleistung (siehe Punkt 1.4. lit a) abrechnen.
Erfolgt keine Sachleistungsgewährung, wird bei der Leistung von Kostenzuschüssen analog vorgegangen.
- c) Wurde eine Paar- oder Familientherapie bewilligt, ist davon auch eine allfällige Subsystemarbeit mitumfasst. Die Honorierung bzw. Kostenzuschussleistung für diese Subsystemarbeit richtet sich nach der erbrachten Leistung:
Erfolgt im Zuge einer Paar- oder Familientherapie eine Einzelsitzung, ist diese in Rechnung zu stellen, erfolgt im Zuge einer Familientherapie eine Paarsitzung, Letztere. Eine Familiensitzung kann nur dann abgerechnet werden, wenn zumindest 3 Teilnehmer anwesend sind; sind es weniger, entweder eine Paar- oder Einzelsitzung (mit oder ohne Bezugsperson).
- d) Wurde ein Sachleistungskontingent zugeteilt, erfolgt bei Stellung eines Verlängerungsantrages eine neuerliche Punktereiheung [§ 2 Abs 1]. Es kann daher vorkommen, dass zwar eine weitere Psychotherapie bewilligt, aber kein Sachleistungsplatz mehr zugeteilt wird [Härtefälle: § 2a]. Für die bewilligten Stunden/Sitzungen werden dann Kostenzuschüsse geleistet (siehe Punkt 1.5.).

3.2. „Krankenbesuch“

Darunter wird eine Krankenbehandlung am Aufenthaltsort der Patientin verstanden. Ein solcher ist nur in besonderen Ausnahmefällen vorgesehen (insbesondere Krisensituationen oder körperliche Behinderung), in denen der Patientin das Aufsuchen der Praxis gesundheitlich nicht möglich oder nicht zumutbar ist.

Zu den Fahrtkosten siehe Punkt 3.3.

Krankenbesuche in Krankenanstalten sind grundsätzlich nicht verrechenbar (siehe jedoch „Übergabegespräch“ Punkt 3.5.).

3.3. Fahrtkosten:

Nur für Sachleistungsstunden, für die die Vertragspsychotherapeutin der ARGE-Psychotherapie im Einzelfall wegen akuter Krisenintervention oder regelmäßig aus anderen (ärztlich bestätigten und von der ÖGK anerkannten) Gründen selbst zu der Patientin fahren muss, werden Fahrtkosten (im Ausmaß des amtlichen Kilometergeldes) ersetzt [§ 1 Abs 7]. Die Abrechnung erfolgt über die ARGE-Psychotherapie.

3.4. Vertretung:

Bei Sachleistungs-Psychotherapien kann sich die behandelnde ARGE-Vertragspsychotherapeutin in Fällen ihrer Verhinderung für dringende unaufschiebbare Leistungen durch eine andere Psychotherapeutin vertreten lassen und unter bestimmten Voraussetzungen die Vertretertätigkeit auch abrechnen [§ 4 Abs 1].

Ist ausnahmsweise eine Vertretung durch eine Psychotherapeutin mit spezifischen Erfahrungsnachweis nicht möglich und muss eine andere eingetragene Psychotherapeutin herangezogen werden, können für solche Vertretungsleitungen von der vertretenen Psychotherapeutin pro Kalenderjahr nur höchstens 10 Therapiestunden einer solchen Vertretung abgerechnet werden.

Jedenfalls ist bei der Abrechnung jeder Vertretungsleistung der Name der Vertretung anzugeben.

3.5. Übergabegespräche:

Sobald und solange sich eine Patientin in Anstaltspflege befindet, darf die Krankenversicherung grundsätzlich keine Leistungen der Krankenbehandlung erbringen (dazu gehört auch Psychotherapie), weil mit der Bezahlung der Anstaltspflege alle Leistungen der Krankenbehandlung mit abgegolten sind. Diese Finanzierungs-„Bruchstelle“ erschwert zweifellos eine geplante Übergabe speziell von psychiatrischen Patientinnen (die eine Hauptzielgruppe der LVP sind) bei Entlassung aus der bzw. Aufnahme in die Klinik. Im Hinblick auf das der LVP zugrunde liegende Co-Finanzierungsmodell zwischen ÖGK und Land Salzburg sollen allenfalls nicht verbrauchte Finanzmittel für solche Übergabegespräche freiberuflich niedergelassener ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen in psychiatrischen Abteilungen betreffend Sachleistungspatientinnen (schwer Erkrankte und/oder wirtschaftlich Schwache) verwendet werden. Bis Ende Februar können für solche im Vorjahr stattgefundenen Übergabegespräche Anträge auf einen Kostenersatz an die ARGE-Psychotherapie gestellt werden [§ 1 Abs 8 lit. a].

3.6. Abrechnung:

Die Abrechnung der Sachleistungsstunden erfolgt zwischen den ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen und der ARGE-Psychotherapie. Die Vertragspsychotherapeutinnen erhalten dazu von der ARGE-Psychotherapie eine gesonderte Information samt Formularen.

3.7. Zu spezifischen Fallkonstellationen Folgendes:

a) Stunden bis zur Mitteilung der ÖGK:

Für die Zeit bis zum Einlangen der Mitteilung der ÖGK, ob (und gegebenenfalls für welche Dauer) eine Sachleistung gewährt wird, ist keine Privathonorarnote auszustellen, doch kann die Psychotherapeutin von der Patientin einen Erlag (höchstens im Ausmaß des Vertragstarifes) verlangen. Wird Sachleistung gewährt, sind maximal 10 Einzelsitzungen (bzw. maximal 4 Gruppen-, Paar- oder Familiensitzungen) vor der Antragstellung mit der ARGE-Psychotherapie verrechenbar. Die Psychotherapeutin muss aber den Erlag bei Einlangen der Mitteilung über eine Zuteilung von Sachleistungsstunden der Patientin unverzüglich zurückzahlen [§ 10 Abs 1]. Erfolgt keine Zuteilung von Sachleistungsstunden, stellt die Psychotherapeutin eine Privathonorarnote, die die Patientin zur Erlangung eines Kostenzuschusses bei der ÖGK einreichen kann (siehe Punkt 4.).

b) Ausgefallene Psychotherapiestunden dürfen keinesfalls wie tatsächlich stattgefundenen Stunden verrechnet werden! Es gilt:

ba) Bei **Kostenzuschuss-Psychotherapien** ist die Frage einer allfälligen Honorierung versäumter Stunden zwischen Patientinnen und Psychotherapeutinnen frei zu vereinbaren. Die ÖGK erbringt dafür keine Leistung! Auf einer Privathonorarnote ist deshalb unbedingt klar zu vermerken, dass es sich um eine versäumte Sitzung handelt, damit die ÖGK keine unberechtigte Zuschussleistung erbringt. (Die Missachtung dieser Obliegenheit kann eine Beihilfe zum Betrug darstellen.)

bb) Für **Sachleistungs-Psychotherapien** sind ARGE-Psychotherapie und ÖGK übereingekommen, dass in Fällen, in denen die Patientin die Psychotherapie-Sitzung zumindest 24 Stunden vorher abgesagt hat oder ihr das unmöglich war, die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen weder Honorar noch Ersatz von der Patientin verlangen dürfen [§ 10 Abs 4].

Erfolgte keine fristgerechte Absage, obwohl der Patientin eine solche möglich gewesen wäre, kann die Psychotherapeutin der Patientin dafür eine Rechnung stellen (es gilt obige lit ba!!); eine Abrechnung mit der ARGE-Psychotherapie wäre eine schwerwiegende Vertragsverletzung.

4. Voraussetzungen für die Leistung von Kostenzuschüssen

- 4.1. **Nachweis der ärztlichen Untersuchung** (siehe Punkt 2.2.); dieser ist von der Versicherten gemeinsam mit der ersten Honorarnote einzureichen.
- 4.2. **Vorliegen einer Krankenbehandlung** (siehe Punkt 2.1.) **bzw. erteilte Bewilligung** durch die Psychotherapiebegutachtungsstelle nach Antragstellung (siehe Punkt 2.4.).
- 4.3. **Notwendiger Inhalt der einzureichenden Honorarnote(n):**
- a) Familien-, Vorname und Versicherungsnummer (mit Geburtsdatum) der Versicherten, bei (Mit-)Behandlung von mitversicherten Angehörigen zusätzlich deren Personendaten;
 - b) Diagnose (z.B. ICD-Code); diese muss ab dem Zeitpunkt einer erteilten Bewilligung gemäß Punkt 4.2. nicht mehr angegeben werden (es reicht dann „gemäß Antrag vom“);
 - c) Behandlungsmethode;
 - d) Angabe der Therapieform (Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie);
 - e) Anzahl der Sitzungen mit jeweiligem Datum und jeweiliger Dauer; bei Paar- und Familientherapie die teilnehmenden Personen; bei Gruppentherapie die Anzahl der teilnehmenden Patientinnen sowie Name und Berufssitz einer allfälligen zweiten Psychotherapeutin;
 - f) Honorarhöhe pro Sitzung und Gesamthonorarsumme;
 - g) Stempel und Unterschrift der behandelnden Psychotherapeutin;
 - h) Zahlungsbestätigung (bei Barzahlung mit datiertem Zahlungsvermerk), statt dessen kann auch der verwendete Einzahlungsschein (mit Annahmestempel der Bank), bei Telebanking der Buchungsausdruck vorgelegt werden; liegt kein Einzahlungsnachweis vor, kann der Anspruchsberechtigte die erfolgte Zahlung mit Begründung und eigenhändiger Unterschrift bestätigen. (**Achtung:** Unrichtige Bestätigungen, die der Erlangung einer nicht gebührenden Auszahlung dienen, werden bei der Staatsanwaltschaft angezeigt!)
- 4.4. Ohne nachgewiesene ärztliche Untersuchung und erteilte Bewilligung sowie erfolgte Bezahlung erfolgt grundsätzlich kein Kostenzuschuss; bei Vorliegen dieser Voraussetzungen muss die **Honorarnote bis spätestens 42 Monate nach Inanspruchnahme der Sitzung bei der ÖGK zur Kostenzuschussleistung eingereicht** werden, weil sonst der Anspruch auf den Kostenzuschuss verfällt.