

Gebührenfrei
gemäß § 110
ASVG

Leistungsvereinbarung Psychotherapie*

abgeschlossen zwischen der

Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK)

Engelbert-Weiss-Weg 10
5021 Salzburg

einerseits und dem

Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP)

Dietrichgasse 25
1030 Wien
sowie der

Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (SGPV)

Gärtnerstraße 12a
5020 Salzburg

andererseits.

Begriffsbestimmungen:

Unter „**Psychotherapeutin**“ werden in die Liste gemäß § 17 Psychotherapiegesetz (PthG) eingetragene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verstanden; es wird zwischen solchen mit und solchen ohne Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3a oder/und § 3b oder/und 3c dieses Vertrages unterschieden. Die in dieser Vereinbarung für „Psychotherapeutinnen“ formulierten Pflichten treffen primär jene freiberuflich niedergelassene Psychotherapeutinnen, die einen Vertrag mit der Interes-

* gekürzte Fassung: ausschließlich ARGE Psychotherapie und SGKK betreffende Regelungen ohne Relevanz für Patienten und Psychotherapeuten sind nicht angeführt

sensvertretung zur Erfüllung dieser Leistungsvereinbarung abgeschlossen haben (im folgenden kurz „ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen“ genannt), doch werden diese Bestimmungen bei der Abwicklung aller Anträge von Versicherten auf Bewilligungen und Kostenzuschüsse sinngemäß angewendet, sodass die Patientin von ihrer Psychotherapeutin aus ihrem Behandlungsvertrag heraus die Beachtung dieser Bestimmungen verlangen muss. Dies gilt insbesondere für das Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren, welches als zwingende Formalvoraussetzung für die Inanspruchnahme von Kassenleistungen für Psychotherapie in der Krankenordnung der SGKK (die für die Leistungsempfänger eine verbindliche, vom Gesundheitsminister genehmigte Rechtsverordnung darstellt) geregelt ist.

Unter „**Patientin**“ werden Anspruchsberechtigte der Kasse verstanden, die Psychotherapie als Krankenbehandlung in Anspruch nehmen, egal ob es sich um Versicherte, leistungsberechtigte Angehörige oder aufgrund anderer Rechtsvorschriften von der Kasse zu betreuende Personen handelt.

Unter „**Interessensvertretung**“ werden der Bundesverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und die Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (SGPV), die sich zur „ARGE-Psychotherapie“ zusammenschlossen haben, verstanden.

Unter „**Kasse**“ wird primär die Salzburger Gebietskrankenkasse verstanden, sofern auch andere Krankenversicherungsträger diesem Vertrag beitreten sollten, auch diese. Mit der Bezeichnung „**SGKK**“ ist ausschließlich die Salzburger Gebietskrankenkasse gemeint.

Soweit sich in dieser Vereinbarung **personenbezogene Bezeichnungen** nur in weiblicher oder nur in männlicher Form finden, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

§ 1 Leistungsangebot und Aufgaben der Interessensvertretung

- (1) Die SGKK und das Land Salzburg haben eine Vereinbarung über die gemeinsame Finanzierung und die Organisation der Erbringung von Psychotherapie insbesondere mit Unterstützung wirtschaftlich Schwacher („WS“) getroffen. Organisation und Abwicklung übernimmt die SGKK. Die Jahresgesamtaufwendungen für Psychotherapie sind wie folgt begrenzt: Die SGKK stellt für das Jahr 2018 € 6,438.492,30 bereit (zuzüglich den tatsächlichen Aufwand für Psychotherapien gemäß lit b), das Land Salzburg € 1,008.001,83 zur Unterstützung wirtschaftlich Schwacher. (Beide Beträge werden jährlich entsprechend der Beitragseinnahmesteigerung der SGKK des vorangegangenen Jahres im Vergleich zum zweitvorangegangenen Jahr angepasst. Nicht berücksichtigt werden dabei anders zweckgebundene Beitragserhöhungen.)

Psychotherapie als Krankenbehandlung gemäß §§ 5 und 5a wird erbracht durch:

- a) von der Interessensvertretung bereitgestellte, freiberuflich niedergelassene ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3a oder/und § 3b im Rahmen eines gemäß § 2 Abs 1 zugeteilten

Stundenkontingentes mit Direktverrechnung zwischen Interessensvertretung und Kasse, wobei die Patientin (bei Paar- oder Familientherapien: der „Symptomträger“) grundsätzlich einen Behandlungsbeitrag von 20 % des Vertragstarifes (Abs 5) direkt an die ARGE-Vertragspsychotherapeutin zu leisten hat, ausgenommen für Minderjährige, sowie längstens bis zur Vollen- dung des 21. Lebensjahres, wenn die Psychotherapie vor Vollen- dung des 18. Lebensjahres begonnen wurde. (Pro Monat sollen – abhängig von der Anzahl eingegangener Anträge und deren Punkte gemäß § 2 Abs 1 – zwi- schen 130 und 200 für erwachsene und bis zu 45 für minderjährige Patien- tinnen Stundenkontingente für Einzeltherapien zugeteilt werden und stehen zusätzlich für Paar- und Familientherapien sowie für Gruppentherapien vor- erst durchschnittlich je 10 Kontingente zur Verfügung; für diese Kontingente sind insgesamt ca. 80.000 Stunden pro Jahr vorgesehen.)

- b) von der Interessensvertretung bereitgestellte, freiberuflich niedergelassene ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder 3c im Rahmen eines gemäß § 2 Abs 3 an Bezieher von Rehabilitati- onsgeld (für die Psychotherapie im Sinne des § 5a Bestandteil ihres Versor- gungsplanes ist) zugeteilten Stundenkontingentes mit Direktverrechnung zwischen Interessensvertretung und Kasse, wobei die Patientin grundsätz- lich einen Behandlungsbeitrag von 20 % des Vertragstarifes (Abs 5) direkt an die ARGE-Vertragspsychotherapeutin zu leisten hat, es sei denn das Re- habilitationsgeld (zuzüglich allfälliger sonstiger Einkommen) liegt pro Monat (Tagsatz mal 30) unter € 1.190,00 (der Betrag wird ab 2019 angepasst).
 - c) Psychotherapeutinnen mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3b oder § 3c außerhalb zugeteilter Stundenkontingente sowie Psychotherapeutinnen ohne Erfahrungsnachweis mit Auszahlung des bundeseinheitlichen sat- zungsmäßigen Kostenzuschusses von € 28,00 pro **Einzelstunde** durch die Kasse.
 - d) Psychotherapeutinnen mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3a außer- halb zugeteilter Stunden- bzw. Sitzungskontingente sowie Psychotherapeu- tinnen ohne Erfahrungsnachweis mit Auszahlung eines satzungsmäßigen Kostenzuschusses für **Gruppen-, Paar- oder Familientherapie** (gemäß Anhang 6 der Satzung der Salzburger Gebietskrankenkasse) durch die Kas- se.
- (2) Im Hinblick auf den Finanzierungsbeitrag des Landes Salzburg aus Sozialmitteln erfolgt bei besonderer sozialer/wirtschaftlicher Schutzbedürftigkeit nach Maßga- be der Bestimmungen des § 2 Abs 2
- a) eine teilweise oder gänzliche Befreiung vom Behandlungsbeitrag gemäß Abs 1 lit a oder
 - b) eine Ausgleichszahlung für Einzeltherapiestunden bei freiberuflich niederge- lassenen ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen bis zur Höhe der Differenz zwischen Vertragstarif gemäß Abs 5 lit a und dem Kostenzuschuss gemäß Abs 1 lit c

Die Höhe der Ausgleichszahlung hängt von der individuellen wirtschaftlichen Lage der Patientin (und einer ihm im Einzelfall nach den Landesregelungen zur Mindestsicherung allenfalls zumutbaren Kostenbeteiligung), sowie von den ins- gesamt verfügbaren Landesmitteln ab.

Reicht der Beitrag des Landes gemäß Abs 1 nicht aus, übernimmt die SGKK vorerst den Überschreibungsbetrag und bemüht sich auf politischer Ebene um eine Anpassung des Landesbeitrags.

Solange die SGKK diesen Überschreibungsbetrag trägt, gilt (abweichend zu lit b) eine erleichterte und vereinfachte Festlegung der Kostenbeteiligung wie folgt:

Liegt die errechnete Kostenbeteiligung unter dem Behandlungsbeitrag für Sachleistungsstunden für schwer Erkrankte (=20% des Vertragstarifes), wird keine Kostenbeteiligung vorgeschrieben;

liegt die errechnete Kostenbeteiligung zwischen Behandlungsbeitrag und der Differenz aus Vertragstarif gemäß Abs 5 und Kostenzuschuss, wird eine Kostenbeteiligung im Ausmaß des Behandlungsbeitrages vorgeschrieben;

läge die errechnete Kostenbeteiligung über diesem Differenzbetrag, erfolgt keine Sachleistungserbringung aus dem Titel besonderer sozialer/wirtschaftlicher Schutzbedürftigkeit (davon unberührt bleibt eine allfällige Sachleistungserbringung für schwer Erkrankte und nach Wegfall der Voraussetzungen nach diesem Absatz eine befristete Härtefallregelung gemäß § 2a Abs 3; beides unter ausschließlicher Kostenzuständigkeit der Kasse).

- (3) Die Interessensvertretung erbringt durch die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen Psychotherapie zum Vertragstarif (Abs 5) in Fällen des Abs 1 lit a und b sowie des Abs 2 gegen Direktverrechnung mit der Kasse, wobei ein/e allfällige/r Behandlungsbeitrag/Kostenbeteiligung direkt von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin eingehoben wird. Es entsteht kein Vertrags- und Abrechnungsverhältnis zwischen Kasse und ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen. Die Interessensvertretung hat die Einhaltung der Vertragspflichten durch die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen sicherzustellen, was auch die Verpflichtung beinhaltet, dass die Psychotherapeutinnen einzelne Tätigkeiten (z.B. Anträge, Auskünfte) aus Gründen der Verwaltungsökonomie direkt gegenüber der Kasse ausführen.

Die Interessensvertretung wirkt mit bei:

- a) der Prüfung und Feststellung des Vorliegens der Erfahrungsnachweise gemäß § 3 bzw. § 3a, § 3b und § 3c bei ihren Mitgliedern;

und führt durch:

- b) die Abrechnung einschließlich Prüfung ihrer Richtigkeit und Vollständigkeit (insbesondere hinsichtlich Deckung abgerechneter Stunden durch erteilte Bewilligungen, Vorliegen aller erforderlichen Angaben sowie der Unterschriften der Patientinnen) und Einhaltung der Vertragsbestimmungen durch die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen; die Abrechnung mit der Kasse hat mittels EDV zu erfolgen und muss die auf den Beitrag des Landes Salzburg entfallenden Aufwendungen gesondert ausweisen;
- c) die Unterstützung der rechtzeitigen Antragstellung (Verlängerungsanträge, Anträge auf Ausgleichszahlungen/WS-Anträge).

- (4)

Die Kasse hat das Recht auf Überprüfung der ordnungsgemäßen Mittelverwendung durch die Interessensvertretung. Werden grobe Verstöße gegen Vertragsbestimmungen durch einzelne ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen festgestellt, kann die Kasse von der Interessensvertretung den zeitweisen oder dauerhaften

Ausschluss von der Direktverrechnung verlangen. Die Verrechnung nicht erbrachter Stunden hat jedenfalls den dauerhaften Ausschluss von der Direktverrechnung zur Folge.

- (5) Der Vertragstarif beträgt ab 01.01.2017
- a) für eine Stunde Einzeltherapie (mind. 50 Minuten) * € 73,60 (2018: € 75,00; 2019: € 76,00),
der von der Patientin gemäß Abs 1 lit a davon zu tragende Behandlungsbeitrag € 14,70 (2018: € 15,00; 2019: € 15,20) und
der von der Kasse zu honorierende Anteil sohin € 58,90 (2018: € 60,00; 2019: € 60,80);
 - b) für eine halbe Stunde Einzeltherapie (mind. 25 Minuten) * die Hälfte gemäß lit a;
 - c) für eine Stunde Paartherapie (mind. 50 Minuten) * € 76,60 (2018: € 77,80, 2019: € 79,20),
der Behandlungsbeitrag gemäß Abs 1 lit a € 15,30 (2018: € 15,50, 2019: € 15,90) und
der von der Kasse zu honorierende Anteil sohin € 61,30 (2018: € 62,30, 2019: € 63,30);
 - d) für eine Familientherapiesitzung (mind. 75 Minuten) * € 114,50 (2018: € 116,30, 2019: € 118,40),
der Behandlungsbeitrag gemäß Abs 1 lit a € 22,80 (2018: € 23,10, 2019: € 23,70) und
der von der Kasse zu honorierende Anteil sohin € 91,70 (2018: € 93,20, 2019: € 94,70);
 - e) für eine Familientherapiesitzung (mind. 100 Minuten) * € 152,40 (2018: € 154,80, 2019: € 157,50),
der Behandlungsbeitrag gemäß Abs 1 lit a € 30,50 (2018: € 31,00, 2019: € 31,60) und
der von der Kasse zu honorierende Anteil sohin € 121,90 (2018: € 123,80, 2019: € 125,90).

Der Vertragstarif und der Behandlungsbeitrag für Gruppentherapiesitzungen je Patientin sind von der Gruppengröße abhängig (siehe dazu Anhang 6). Zu Verbesserungen der gruppentherapeutischen Leistungsangebote fanden 2016 und finden 2017 Detailgespräche statt; die Umsetzung ihrer Ergebnisse (auch in tariflicher Hinsicht) bleibt somit einer gesonderten Regelung noch vor Ende der Laufdauer dieser Tarifregelung (2019) vorbehalten.

* reine Behandlungszeit mit der Patientin (ohne Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit)

- (6) Die Vertragstarife und Behandlungsbeiträge gemäß Abs 5 werden ab 01.01.2016 jährlich gemäß dem halben Verbraucherpreisindex des Vorjahres angepasst (wobei eine Rundung auf volle 10 Cent erfolgt); eine stärkere Anhebung kann nur im Konsens aller Vertragsparteien erfolgen. Ergibt sich nach Vorliegen des Jahresergebnisses, dass die in Abs 1 vorgesehene Jahresgesamtaufwendung nicht ausgeschöpft wird, so ist auf die Sachleistungsstunden/Einzelsitzung (an Psychotherapeutinnen mit spezifischem Erfahrungsnachweis gemäß § 3 zugeteilte Kontingente gemäß Abs 1 lit a und b) eine Nachzahlung betreffend den direkt (also nicht mit der Patientin) verrechneten Tarifanteil

auf maximal € 63,40 (2018: € 64,80; 2019: € 65,80) pro Einzelstunde zu leisten (nicht tarifwirksame einmalige Nachzahlung als Anerkennung für die Bereitschaft zur Direktverrechnung und die damit verbundene administrative Belastung). Zur Verbesserung des Sachleistungsangebotes in der Versorgungsregion 52 wird diese Nachzahlung für solche Psychotherapeutinnen mit Niederlassung ebendort hinsichtlich solcher Kontingentstunden, die dort an Versicherte mit Wohnsitz ebendort erbracht wurden, um 50% erhöht (diese Regelung kann von der SGKK spätestens zum 30.09. jeden Jahres für die Folgejahre aufgekündigt werden). Die technischen Modalitäten der Ermittlung dieser, von der Interessensvertretung durchzuführenden Nachzahlung sind vor Auszahlung mit der SGKK abzustimmen. Für Stunden, die zwar vor Ablauf der Verfallsfrist gemäß § 16 Abs 4, aber nicht rechtzeitig zur Berücksichtigung im Jahresabschluss der Kasse in Rechnung gestellt wurden, erfolgt keine außertarifliche Nachzahlung.

- (7) Fahrtkosten werden von der Kasse bei Psychotherapien gemäß Abs 3, erster Satz, bis höchstens 20 km pro einfache Fahrt in Höhe des amtlichen Kilometergeldes in folgenden Fällen übernommen:

a) für einzelne Stunden bei akuter Krisenintervention (Patientin ist psychisch unfähig, in die Praxis zu kommen), wenn die Intervention unaufschiebbar und die Behandlung anders (z.B. Bringen durch Angehörige) nicht möglich ist;

b) in Fällen, in denen es der Patientin aus medizinischen Gründen (z.B. Rollstuhlfahrerin, MS-Patientin, etc.) nicht möglich ist, die Praxis aufzusuchen.

Die Abrechnung erfolgt gemeinsam mit den Therapiestunden gemäß Abs 3, erster Satz.

In Fällen der lit a ist eine ausführliche Begründung der ARGE-Vertragspsychotherapeutin erforderlich, in Fällen der lit b eine ärztliche Bestätigung der Gründe und eine vorherige chefärztliche Bewilligung der Kasse.

- (8) Die Rücklagengrenze gemäß § 16 Abs 3 überschreitende Beträge können im Einvernehmen aller Vertragsparteien (hinsichtlich Landesmittel auch des Landes Salzburg) für Innovationsprojekte oder Versorgungsprojekte in unterversorgten Bezirken verwendet werden.

a) Bei Innovationsprojekten ist insbesondere an Übergabegespräche zwischen aufnehmender bzw. entlassender Krankenanstalt (Psychiatrische Abteilungen) und (vor- bzw. weiter)behandelnder ARGE-Vertragspsychotherapeutin noch während der Anstaltspflege der Patientin gedacht, für die nach der derzeitigen Rechtslage die Kasse nicht leistungszuständig ist. Nachdem die Verfügbarkeit solcher Mittel sich erst nach dem Jahresabschluss herausstellt, können ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen für solche Übergabegespräche im abgelaufenen Jahr bis spätestens Ende Februar des Folgejahres einen Antrag auf Aufwandsersatz an die Interessensvertretung stellen, sofern für die Patientin Psychotherapie als Sachleistung (Stundenkontingent oder WS-Regelung) erbracht wird und das Übergabegespräch nicht anders honoriert wurde bzw. eine anderweitige Forderung diesbezüglich nicht gestellt wird. Auf eine (allenfalls teilweise) Vergütung besteht kein Rechtsanspruch. Der Antrag hat zu enthalten: Name, Versicherungsnummer und Anschrift der Patientin (bei Mitversicherung auch der Versicherten); Beginndatum der Psychotherapie; Ort und Zeitraum des stationären Aufenthaltes; Ort, Datum,

Dauer und Teilnehmerinnen des Übergabegespräches sowie die zurückgelegte Wegstrecke.

- b) Bei Versorgungsprojekten ist insbesondere an eine Mitfinanzierung neu zu schaffender ambulanter psychotherapeutischer (mit Vernetzung zu psychiatrischen) Versorgungseinrichtungen gedacht, die das Ziel verfolgen, bestehende Versorgungsdefizite in der Versorgungsregion 52 (Pongau, Lungau, Pinzgau) auszugleichen.
- (9) Die Interessensvertretung wird ermächtigt, zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung Innergebirg (Versorgungsregion 52) jedes Kalenderjahr insgesamt höchstens rund 3.000 Stunden Psychotherapie nach den Tarifen für WS-Therapien (aber unter Einhebung eines 20%igen Kostenbeitrags durch die behandelnde Psychotherapeutin) unter folgenden Voraussetzungen zu honorieren:
- a) Leistungserbringer sind ARGE-Vertragstherapeutinnen ohne spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3, die aber zumindest 500 in den zurückliegenden 4 Jahren von der SGKK oder einem anderen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (mit-) finanzierte Psychotherapiestunden erbracht haben und seit zumindest einem Jahr in der Versorgungsregion 52 niedergelassen sind.
 - b) Leistungsempfänger können nur Patientinnen mit einzigem oder allen Wohnsitz/en in der Versorgungsregion 52 sein, deren Punktezahl (§ 2 Abs 1) im zuletzt bewilligten Antrag eine Kontingenzuteilung ermöglichen würde.
 - c) Diese Regelung gilt nur für Stunden im Rahmen einer von der Kasse erteilten Stundenbewilligung, die an der Niederlassung der Vertragstherapeutin in der Versorgungsregion 52 erbracht werden.
 - d) Die Bewilligung zu dieser Abrechnung erteilt die Interessensvertretung.
 - e) Eine Doppelabrechnung dieser Stunden über die Interessensvertretung und einen Kostenzuschuss ist unzulässig und stellt einen schweren Vertragsverstoß dar.
- Sobald das Sachleistungsangebot Innergebirg deutlich verbessert ist, oder im Falle einer unbefriedigenden Umsetzung, kann die Kasse der Interessensvertretung die Ermächtigung hinsichtlich neuer Stundenbewilligungen entziehen.
- (10) Zur Herstellung einer gerechteren Verteilung der Stundenkontingente und im Hinblick auf die überproportional dichte Versorgung in der Stadt Salzburg wird die Interessensvertretung die von ihren Vertragspsychotherapeutinnen mit Niederlassung in der Stadt Salzburg pro Kalenderjahr abrechenbaren Sachleistungsstunden begrenzen. Dies erfolgt durch eine Tarifstaffelung, in dem das Vertragshonorar der Psychotherapeutin für Einzelstunden aller der Leistungsvereinbarung beigetretenen Sozialversicherungsträger ab der 1.001 Stunde um ein Drittel und ab der 1.101 Stunde um zwei Drittel gekürzt wird. Die technische Durchführung obliegt der Interessensvertretung. Das durch diese Kürzung entstehende Honorarvolumen wird für einen weiteren Ausbau der Versorgung Innergebirg (Abs. 9) verwendet.

§ 2

Zuteilung der Stundenkontingente und Gewährung von Ausgleichszahlungen

(1) Die Zuteilung der Stundenkontingente gemäß § 1 Abs 1 lit a erfolgt durch die Kasse anlässlich der Erst- und Verlängerungsanträge anhand einer Punkterei-
hung:

Folgende Faktoren werden anhand der von der behandelnden Psychotherapeutin im Zuge der Antragstellung nach § 7 (Erstantrag / Anhänge 1E, 1GPF, 1Z; Ver-
längerungsantrag / Anhänge 2E, 2GPF, 2Z) gemachten Angaben herangezogen:

- a) die Schwere der Funktionsbeeinträchtigung durch den aktuellen GAF-Wert * (Erstantrag 1.11., Verlängerungsantrag 3.1.11.) als Faktor W;
 - b) das Ausmaß der psychischen und/oder psychosomatischen Beeinträchtigung anhand des psychischen Status (Erstantrag 3., Verlängerungsantrag 3.3.), wobei bei den 8 Parametern eine massive Beeinträchtigung mit 5 Punkten und eine starke Beeinträchtigung mit 4 Punkten, eine erhebliche Beeinträchtigung mit 3 Punkten und eine leichte Beeinträchtigung mit einem Punkt gezählt wird (liegt keine Beeinträchtigung vor, gibt es keinen Punkt); die daraus errechnete Punktesumme ist der Faktor X;
 - c) die Dringlichkeit der Behandlung wird anhand eines aktuellen Skalenwertes angegeben * (Erstantrag und Verlängerungsantrag 7.1.) und ist Faktor Y;
 - d) die soziale Lage der Patientin wird anhand eines aktuellen Skalenwertes angegeben * (Erstantrag und Verlängerungsantrag 7.2.) und ist Faktor Z.
- * (Nähere Erläuterungen finden sich im Manual für die Ausfüllung der Erst- und Verlängerungsanträge gemäß § 7 Abs 13.)

Die Punktesumme errechnet sich mit Gewichtung wie folgt: $3(90 - W) + 3X + 2Y + 2Z$. Die im abgelaufenen Monat eingereichten Anträge werden gereiht und je-
nen mit der höchsten Punktezahl ein Stundenkontingent gemäß § 1 Abs 1 lit a zugeteilt. Die Zuteilung der Kontingente für Gruppentherapien erfolgt in Teilen zu den von der Interessensvertretung der Kasse mitgeteilten Beginnterminen von Halbjahres- und Jahresgruppen.

Die Zuteilung gilt nur für das aufgrund des Erst- bzw. Verlängerungsantrages be-
willigte Stundenkontingent (zumal erhebliche Veränderungen eingetreten sein können); ein weiterer Verlängerungsantrag ist neuerlich zu reihen. Erfolgt eine erstmalige Zuteilung eines Sachleistungskontingentes, sind auch die ersten 10 (gemäß § 7 Abs 2) bewilligungsfreien Einzelstunden direkt zu verrechnen (§ 1 Abs 1 lit a); der ARGE-Vertragspsychotherapeutin steht es frei, bis zur Entschei-
dung über die Zuteilung eines Stundenkontingentes von der Patientin einen Ein-
satz (maximal in Höhe des Vertragstarifes) zu verlangen, der im Falle einer Zutei-
lung der Patientin unverzüglich zurückzuzahlen ist. (Somit ist nur für den Fall der Nichtzuteilung eines Stundenkontingentes eine Privathonorierung zulässig.) Für Gruppen-, Paar- und Familientherapien gilt dasselbe, wobei die Zahl der verre-
chenbaren, vor Antragstellung stattgefundenen Sitzungen maximal 4 beträgt.

- (1a) Für Patientinnen, die im Rahmen der „integrierte Versorgung“ durch ACT („Assertive Community Treatment“) – Teams betreut wurden, aber noch keine Psychotherapie als Sachleistung erhalten, werden Kontingente primär zugeteilt. Dazu ist der Kasse eine entsprechende Bestätigung der für das behandelnde ACT-Team zuständigen psychiatrischen Abteilung über den vordringlichen Therapiebedarf vorzulegen. Frei werdende Behandlungsplätze sind bevorzugt an solche Patientinnen zu vergeben.
- (2) Die aus den Landesmitteln zu finanzierende Befreiung vom Behandlungsbeitrag und Leistung von teilweisen oder vollen Ausgleichszahlungen zur Differenz aus Vertragstarif und Kostenzuschuss gemäß § 1 Abs 2 erfolgt durch die SGKK auf der Basis der vom Land Salzburg im Einvernehmen mit der SGKK definierten Kriterien nach gesonderter Antragstellung der Patientin („WS-Antrag“). Im Einzelnen gilt:
- a) Eine rückwirkende Zuerkennung dieser Kostenübernahme erfolgt bei Erstanträgen für längstens 2 Wochen und bei Verlängerungsanträgen für längstens 2 Monate.
 - b) Die Kasse benachrichtigt die Patientin, die Interessensvertretung und auch die behandelnde ARGE-Vertragspsychotherapeutin über die bewilligte Stundenanzahl, eine Kostenübernahme sowie allenfalls eine/n (nach dem Landesrecht) einzuhebende/n Kostenbeteiligung/Kostenbeitrag.
 - c) Die Interessensvertretung übernimmt die Einhebung der Kostenbeteiligungen unter Mitwirkung ihrer Vertragspsychotherapeutinnen.
 - d) Ändern sich die wirtschaftlichen Verhältnisse der Patientin für einen längeren Zeitraum als zwei Monate (innerhalb eines Zeitraums von 6 Monaten), ist dies von der Patientin unverzüglich der Kasse zu melden (darüber wird die Patientin in der Benachrichtigung gemäß lit b aufgeklärt). Werden der ARGE-Vertragspsychotherapeutin solche Änderungen bekannt, erinnert sie die Patientin an diese Pflicht.
 - e) Bei einem ungeplanten Therapeutinnenwechsel muss jedenfalls eine neuerliche Zuerkennung der Kostenübernahme beantragt werden und kann rückwirkend nur für höchstens 2 Wochen erfolgen. Bei Unterbrechung der Psychotherapie von länger als 6 Monaten und bei einem geplanten Therapeutenwechsel soll die Psychotherapeutin die Patientin an die Kasse zur Überprüfung des Fortbestehens der Voraussetzungen zu verweisen, um der Gefahr von Rückforderungen wegen geänderter Verhältnisse vorzubeugen.
- (3) Bezieher von Rehabilitationsgeld, für die Psychotherapie Bestandteil eines vom ärztlichen Dienst der Kasse erstellten Versorgungsplanes (Case-Management) ist (§ 5a), können – sofern sie sich nicht bereits in laufender Psychotherapie gemäß § 1 Abs 1 lit a oder § 1 Abs 2 befinden – Psychotherapie als Sachleistung bei einer ARGE-Vertragstherapeutin mit spezifischem Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder 3c in Anspruch nehmen. Die genaueren Modalitäten sind in § 5a samt den Anhängen 7 bis 9 geregelt.
- (4) Patientinnen mit einer fachärztlichen (Vertragsfacharzt oder Krankenhausabteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Psychiatrie) Indikationsstellung für eine Psychotherapie ist ein Sachleistungsplatz bevorzugt anzubieten.

§ 2a

Härtefallregelung

- (1) Pro Kalendermonat können im Einvernehmen zwischen den Vertragsparteien bis zu zehn **zusätzliche Kontingenzplätze** an Patientinnen vergeben werden,
- die bisher einen Kontingenzplatz nach § 2 Abs 1 hatten und wegen ihres (aufgrund der erfolgreichen Psychotherapie) gebesserten Gesundheitszustandes nicht ausreichend Punkte für eine neuerliche Kontingenzuteilung aufweisen,
 - für die für eine notwendige Fortsetzung der Psychotherapie von der Begutachtungsstelle weitere Stunden/Sitzungen bewilligt werden und
 - wirtschaftlich in so schlechten Verhältnissen leben, dass sie die Fortsetzung der Psychotherapie nicht finanzieren könnten (Kategorie „schlechte soziale Lage“ im Verlängerungsantrag), aber dennoch die Voraussetzungen der WS-Regelung (§ 1 Abs 2) nicht erfüllen.

Liegen diese Umstände in einem Monat bei mehr als zehn Patientinnen vor, werden die Sonderkontingente in der Reihenfolge der Punkteanzahl vergeben.

- (2) Patientinnen, die eine Psychotherapie gemäß § 1 Abs 2 und § 2 Abs 2 („WS-Therapie“) erhalten haben, die bis zum Zeitpunkt des Wegfalls der Voraussetzungen dafür zumindest 20 Stunden gedauert hat, können, wenn die Psychotherapeutin nicht über den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 verfügt und eine entsprechende Stundenbewilligung (§ 7) vorliegt, diese Psychotherapie für längstens 6 Monate ab Wegfall der Voraussetzungen als Sachleistung (zu den Tarifen des § 1 Abs 5 mit Behandlungsbeitrag der Patientin) fortsetzen, wenn keine gravierende Verbesserung der finanziellen Verhältnisse eingetreten ist und die nach dem letzten Erst- oder Verlängerungsantrag gemäß § 2 Abs 1 errechnete Punktezahl zur Zuteilung eines Kontingenzplatzes ausgereicht hätte. Alleinige Kostenträgerin dafür ist die leistungszuständige Kasse.
- (3) Abs 2 gilt analog für Patientinnen, deren „Rehatherapie“ (§ 2 Abs 3 und § 5a) eingestellt wird, wenn überdies auch die Voraussetzungen für eine „WS-Therapie“ nicht vorliegen. Die Regelung gilt aber nicht, wenn die Einstellung der „Rehatherapie“ wegen Nichtvorlage eines Zwischenberichtes erfolgte.

§ 3

Erfahrungsnachweis für die Zuteilung von Stundenkontingenten

- (1) Voraussetzung für die Erbringung von Psychotherapie gemäß § 1 Abs 1 lit a oder lit b ist der Nachweis besonderer Behandlungserfahrungen der Psychotherapeutin. Diese umfassen
- a) eine klinische Erfahrung in der Behandlung psychisch schwerkranker Patientinnen vor allem in Psychiatrischen Abteilungen von Krankenanstalten und/oder in sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zu stationären psychiatrischen Einrichtungen und

- b) psychotherapeutische Erfahrung in der Krankenbehandlung in der niedergelassenen Praxis und/oder in einer Institution, deren Tätigkeitsschwerpunkt Psychotherapie als Krankenbehandlung ist.
- (2) Für die klinische Erfahrung in Krankenanstalten gemäß Abs 1 lit a werden anerkannt Beschäftigungszeiten (Anstellungsverhältnis, freier Dienstvertrag, Werkvertrag, Praktikum) nach einschlägiger abgeschlossener Berufsausbildung (§ 10 Abs 2 Z 7, 8 und 9 PthG) in Psychiatrischen oder Kinder- und Jugend(neuro)psychiatrischen oder Psychosomatischen Abteilungen von Krankenanstalten oder in Sonderkrankenanstalten dieser Tätigkeitsbereiche (Letztere nur dann, wenn die Regelaufenthalts- und -therapiedauer die Patientin dort mindestens 8 Wochen beträgt und ein gemeinsames [interdisziplinäres] psychotherapeutisches und fachärztliches Behandlungskonzept zum Inhalt hat) oder in anderen Krankenanstalten mit überwiegender Tätigkeit im Rahmen eines psychiatrisch vernetzten Behandlungskonzeptes, sofern ein Dienstzeugnis bzw. eine entsprechende ausführliche Bestätigung dieser Krankenanstalt die psychotherapeutische Verwendung bestätigt.
- (2a) Auf die klinische Erfahrung im Sinne des Abs 2 wird eine psychotherapeutische Tätigkeit nach Eintragung in die Psychotherapeutenliste an anderen Abteilungen von Krankenanstalten angerechnet, wenn dort Patienten mit zusätzlichen psychiatrischen Störungen unter fachlicher Koordination und Leitung (Gesamtbehandlungsplanung mit Fallbesprechung) eines regelmäßig, zumindest ein Mal pro Woche anwesenden Facharztes für (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie auch psychiatrisch und psychotherapeutisch behandelt werden.
- (2b) Auf die klinische Erfahrung im Sinne des Abs 2 werden
- eine psychotherapeutische Berufstätigkeit nach Eintragung in die Psychotherapeutenliste im räumlichem und organisatorischen Rahmen einer anerkannten Lehrpraxis für (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie, sofern dort eine abgestimmte gemeinsame Behandlung der Patienten erfolgt;
 - oder (in eingeschränktem Maß) sonstige Kooperationsfälle angerechnet.
- (3) Als sonstige Einrichtung des Gesundheitswesens an der Schnittstelle zu stationären psychiatrischen Einrichtungen gemäß Abs 1 lit a gelten solche mit konzeptuell therapeutischem Anspruch (Psychotherapie in Zusammenarbeit mit Fachärzten für Psychiatrie oder Kinder- und Jugend[neuro]psychiatrie im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes bzw. in einem mit psychiatrischen Behandlungseinrichtungen vernetzten Behandlungskonzept), was jedenfalls eine erforderliche und tatsächlich durchgeführte substantielle Kooperation in Form von Konsilia und/oder Teambesprechungen bzw. Interventionen und/oder gemeinsamer Fallsupervision voraussetzt. Eine Liste der anerkannten Einrichtungen, insbesondere des Bundeslandes Salzburg, liegt bei der SGKK und bei der Interessensvertretung auf und wird laufend gewartet. Die Anerkennung erfolgt
- a) durch Vorlage von Tätigkeitsberichten der Einrichtung über zumindest 3 Jahre, die Behandlungskonzepte im obigen Sinne bescheinigen,
 - b) wenn mindestens 20 % der von der Einrichtung insgesamt betreuten Personen gemäß obigem Konzept dort behandelt wurden (jedenfalls die Psychotherapie in der Einrichtung, die begleitende psychiatrische Betreuung allenfalls auch außerhalb der Einrichtung erfolgt),

- c) wenn die Einrichtung in unklaren und zwischen den Parteien dieses Vertrages strittigen Fällen einer von den Vertragsparteien eingesetzten Kommission, deren Mitglieder iSd § 121 Strafgesetzbuch zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden, allenfalls vor Ort Auskunft und Einsicht in ihre Unterlagen betreffend Inhalt (Behandlungskonzept) und Umfang (gemäß lit b) gibt. Dies schließt allenfalls eine Stichprobenkontrolle der tatsächlichen Durchführung der konkreten Zusammenarbeit mit psychiatrischen Behandlungseinrichtungen im zurückliegenden Jahr mit ein. Die Kommission setzt sich zusammen aus:
- zwei Psychotherapeutinnen, die von den Interessensvertretungen namhaft gemacht werden
 - einer Psychiaterin oder Psychotherapeutin oder Psychologin, die von Salzburger Gebietskrankenkasse und Land Salzburg gemeinsam namhaft gemacht wird
 - einem Vertreter des Landes Salzburg / Abteilung 03
 - einem Juristen, der von der Salzburger Gebietskrankenkasse namhaft gemacht wird.

Die Kommission gibt an die SGKK eine Empfehlung ab.

- (4) Die psychotherapeutische Erfahrung in der Krankenbehandlung gemäß Abs 1 lit b ist grundsätzlich durch Bestätigungen von Trägern der (gesetzlichen) sozialen Krankenversicherung über die Zahl der von der Psychotherapeutin im Beobachtungszeitraum insgesamt erbrachten Einzeltherapiestunden als Krankenbehandlung, für die die Krankenversicherungsträger Leistungen (Honorare, Kostenerstattungen, Kostenzuschüsse) erbracht haben (womit vom Vorliegen einer Krankenbehandlung auszugehen ist), nachzuweisen. Als Beobachtungszeitraum gelten entweder 5 oder 7 Jahre vor der Antragstellung der Psychotherapeutin zur Zulassung zur Direktverrechnung bzw. zur Anerkennung dementsprechender Erfahrungsnachweise. Dieser Beobachtungszeitraum kann um maximal 3 Jahre ausgedehnt werden um Zeiten der Unterbrechung der Berufstätigkeit wegen Mutter(Vater-)schaft, Bildung (Bildungskarenz mit Ausbildungsnachweis), Auslandsaufenthalte und Krankheit (jeweils mit Bestätigungen); die Zeiten der Unterbrechung werden dann nicht berücksichtigt.

Im Sinne der Verwaltungsvereinfachung gilt (auf der Basis des Anteils der Anspruchsberechtigten der SGKK an die Sozialversicherten des Bundeslandes Salzburg von 80 %) betreffend Psychotherapie als Krankenbehandlung durch eine Psychotherapeutin folgende Vermutung: Sind im Datenbestand der SGKK x Stunden vorhanden, gilt die Zahl von x geteilt durch 0,8 als Anzahl der nachgewiesenen Gesamttherapiestunden für alle Anspruchsberechtigten der SGKK und der bundesweiten Sondersicherungsträger (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau). Es steht der Psychotherapeutin frei, von dieser Vermutung nicht Gebrauch zu machen und statt dessen konkrete Bestätigungen der Sondersicherungsträger vorzulegen.

Bestätigungen anderer Gebietskrankenkassen oder gesetzlicher Krankenversicherungsträger anderer EU/EWR-Staaten innerhalb des Beobachtungszeitraumes werden jedenfalls zusätzlich angerechnet.

- (5) Folgender Umfang an Erfahrung ist nachzuweisen:

- a) auf Basis einer Vollzeitbeschäftigung (bei Teilzeitbeschäftigung von zumindest 15 Wochenstunden aliquot mehr Monate): 6 Monate an einer Krankenanstalt bzw Abteilung gemäß Abs 2 oder 18 Monate in einer Krankenanstalt bzw Abteilung gemäß Abs 2a oder 9 Monate in einer sonstigen Einrichtung gemäß Abs 3.

Höchstens 2 Monate im Sinne des Abs 2 (bzw. 6 Monate im Sinne des Abs 2a bzw 3 Monate im Sinne des Abs 3 bzw 5 Monate für eine Tätigkeit in einer Lehrpraxis) können durch Kooperationsfälle (und zwar 10 für jeden Monat) ersetzt werden: Ein Kooperationsfall liegt bei einer effektiven Zusammenarbeit zwischen einer eingetragenen Psychotherapeutin und einer Psychiaterin (auch Kinder- und Jugendpsychiaterin) bzw. einer (Kinder- und Jugend-) Psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt in (namentlich mit Versicherungsnummer samt Geburtsdatum) vor, wenn eine Patientin sich über mindestens 6 Monate parallel zur psychotherapeutischen Behandlung auch in psychiatrischer Behandlung (mit zumindest 5 psychiatrischen Behandlungssitzungen in diesem Zeitraum; bei längerer paralleler Behandlung durchschnittlich 1 psychiatrische Behandlungssitzung pro Monat) befand und eine konstruktive Kooperation zwischen Psychotherapeutin und Psychiaterin in Form von Konsilia (persönlich, telefonisch, schriftlich) und/oder Teambesprechungen und/oder gemeinsamer Fallsupervision erfolgte. Die Bestätigung der konkreten Fälle hat durch den Psychiater bzw. die Psychiatrische Abteilung, bezogen auf die zurückliegenden 4 Jahre, zu erfolgen und muss in zumindest 75% durch die Abrechnungsdaten des zuständigen Krankenversicherungsträgers verifizierbar sein

- b) psychotherapeutische Krankenbehandlung gemäß Abs 4: Entweder 1.200 Stunden in 5 Jahren oder 1.500 Stunden in 7 Jahren.

- (6) Bei Unterschreitung der Regeldauer der klinischen Erfahrung von 6 Monaten in Krankenanstalten im Sinne des Abs 2 (bzw 18 Monaten in Krankenanstalten gemäß Abs 2a bzw 9 Monaten in Einrichtungen gemäß Abs 3) erhöht sich die Zahl der gemäß Abs 5 lit b nachzuweisenden Behandlungsstunden für jedes fehlende Monat um 200 und vermindert sich bei Überschreitung der Regeldauer der klinischen Erfahrung für jedes zusätzliche Monat um 100 Stunden (aliquot gilt dasselbe für die Einrichtungen gemäß Abs 2a und Abs 3). Bei Eintragung in die Liste der klinischen Psychologen vermindert sich die Zahl der nachzuweisenden Therapiestunden um 80, bei Erfüllung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger geprüften Voraussetzungen für die Vertrags- und Wahlpsychologen um 160 Stunden.

Die Dauer der klinischen Erfahrung gemäß Abs 2 darf einen Monat (bzw in Krankenanstalten gemäß Abs 2a drei Monate bzw in Einrichtungen gemäß Abs 3 drei Monate) und die Gesamtzahl der durch Bestätigung von Trägern der sozialen Krankenversicherung nachgewiesenen Einzeltherapiestunden 750 Stunden nicht unterschreiten.

Liegen in den zurückliegenden 10 Jahren 4.000 Stunden gemäß Abs 5 lit b vor, muss keine klinische Erfahrung im Sinne der Absätze 2, 2a und 2b nachgewiesen werden.

- (7) Bei Psychotherapeutinnen, die im Beobachtungszeitraum gemäß Abs 4 überwiegend (mindestens 50 % auf der Basis von 40 Wochenstunden) in einer öffentli-

chen Krankenanstalt, oder privaten Krankenanstalten (sofern es sich um solche der Fachgebiete Psychiatrie, Kinder- und Jugend[neuro]psychiatrie oder Psychosomatik handelt), deren Behandlungsleistungen von der sozialen Krankenversicherung entweder patientenbezogen oder pauschal (LKF) abgegolten werden, in einem Anstellungsverhältnis mit psychotherapeutischer Verwendung gearbeitet haben (Nachweis durch entsprechendes Dienstzeugnis; kein Praktikum), werden auf die erforderliche Stundenzahl der „psychotherapeutischen Erfahrung in der Krankenbehandlung“ die von der Krankenanstalt als erbracht bestätigten Stunden angerechnet, die auf Psychotherapien mit einer Dauer von mehr als 10 Behandlungsstunden (maximal 3 davon können durch zumindest 3 Gruppensitzungen substituiert werden) entfallen. Voraussetzung dafür ist, dass der Bestätigung eine von der SGKK nachprüfbar auflistung dieser Therapien in Verbindung mit nachträglich nicht mehr veränderbaren Patientendokumentationen zugrunde liegt. In diesem Fall beträgt die gemäß Abs 6, letzter Satz nicht unterschreitbare Gesamtzahl der durch Träger der sozialen Krankenversicherung nachzuweisenden Einzeltherapiestunden 300 Stunden. Im Falle einer patientenbezogenen Abrechnung der Einzeltherapiestunden mit den Trägern der sozialen Krankenversicherung kann eine Doppelanrechnung nicht erfolgen.

- (8) Die Zulassung zur Direktverrechnung bzw. die Anerkennung des Vorliegens der Erfahrungsnachweise wird widerrufen, wenn
- a) sich nachträglich herausstellt, dass gemachte Angaben bzw. vorgelegte Nachweise unrichtig waren, oder
 - b) die Psychotherapeutin wiederholt angeforderte Nachweise über Fortbildung gemäß Fort- und Weiterbildungsrichtlinien, die vom Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen erlassen wurden, nicht vorlegt, wovon jedenfalls mindestens 10 Stunden pro Jahr auf Supervision entfallen müssen (Intervision wird darauf mit dem halben Stundenwert angerechnet – z.B. 8 Stunden Intervision entsprechen 4 Stunden Supervision).
- (9) Die Anerkennung einer Einrichtung gemäß Abs 3 ist zu widerrufen, wenn
- a) sich nachträglich herausstellt, dass gemachte Angaben bzw. vorgelegte Nachweise unrichtig waren, oder
 - b) der nach Abs 3 geforderte Tätigkeitsbereich nachträglich wegfällt oder sich gravierend vermindert, wobei Zulassungen auf der Grundlage von Anerkennungen vor dieser Änderung unberührt bleiben.
- (10) Die Prüfung der Erfahrungsnachweise erfolgt im Einvernehmen mit der Interessensvertretung hinsichtlich ihrer Mitglieder und für andere Psychotherapeutinnen durch die SGKK. Die Ablehnung der Anerkennung des Vorliegens der Erfahrungsnachweise und die Ablehnung der Anerkennung einer Einrichtung gemäß Abs 3 sind von der SGKK zu begründen.

§ 3a

Erfahrungsnachweis für die Zuteilung von Stundenkontingenten für Familien- oder Gruppentherapien

- (1) Erfüllt eine ARGE-Vertragspsychotherapeutin den Erfahrungsnachweis gemäß § 3 nicht, jedoch nachstehende Voraussetzungen, kann sie ausschließlich Familien- oder Gruppentherapien als Sachleistungen gemäß § 1 Abs 1 lit a erbringen.
- (2) Die Psychotherapeutin hat hinsichtlich Familientherapie bzw. hinsichtlich Gruppentherapie eine mehrjährige Aus- oder Weiterbildung mit Abschluss aufzuweisen. Außerdem sind die Voraussetzungen gemäß § 3 mit folgenden Abweichungen zu erfüllen:
- a) Anstelle von Abs 5 lit b:
Entweder 750 Stunden in den zurückliegenden 7 Jahren oder 600 Stunden in den zurückliegenden 5 Jahren psychotherapeutische Krankenbehandlung, wovon zumindest ein Drittel Einzeltherapien gemäß Abs 4 und zumindest die Hälfte (höchstens aber zwei Drittel) in Form von Gruppen- bzw. Familiensitzungen (in der Dauer von jeweils zumindest einer Stunde) nachzuweisen sind, und zwar durch Bestätigungen gemäß Abs 4 und/oder durch ein entsprechendes Dienstzeugnis einer Krankenanstalt oder einer Institution der Familien- oder Suchtberatung über tatsächlich geleistete, regelmäßig zumindest 6 Wochen andauernde Gruppentherapien bzw. Familientherapien. Dabei darf keine Doppelanrechnung von Stunden bzw. Sitzungen erfolgen und ist Voraussetzung der Anerkennung der Bestätigung, dass der von der SGK beauftragten Vertrauensperson allenfalls Einsicht in die der Bestätigung zugrunde liegenden Aufzeichnungen gewährt wird.
- b) Anstelle von Abs 6:
Bei Unterschreitung der Regeldauer der klinischen Erfahrung von 6 Monaten in Krankenanstalten im Sinne des Abs 2 (bzw 18 Monaten in Krankenanstalten gemäß Abs 2a bzw 9 Monaten in Einrichtungen gemäß Abs 3) erhöht sich die Zahl der gemäß lit a nachzuweisenden Behandlungsstunden für jedes fehlende Monat um 140 und vermindert sich bei Überschreitung der Regeldauer der klinischen Erfahrung für jedes zusätzliche Monat um 70 Stunden (aliquot gilt dasselbe für die Einrichtungen gemäß Abs 2a und Abs 3). Bei Eintragung in die Liste der klinischen Psychologen vermindert sich die Zahl der nachzuweisenden Therapiestunden um 80, bei Erfüllung der vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger geprüften Voraussetzungen für die Vertrags- und Wahlpsychologen um 160 Stunden.
Die Dauer der klinischen Erfahrung gemäß Abs 2 darf einen Monat (bzw in Krankenanstalten gemäß Abs 2a drei Monate bzw in Einrichtungen gemäß Abs 3 zwei Monate) und die Gesamtzahl der durch Bestätigung von Trägern der sozialen Krankenversicherung nachgewiesenen Einzeltherapiestunden 500 Stunden nicht unterschreiten.
Liegen in den zurückliegenden 10 Jahren 4.000 Stunden gemäß Abs 5 lit b vor, muss keine klinische Erfahrung nachgewiesen werden.
- c) Abs 7 ist nicht anzuwenden.

§ 3b

Erfahrungsnachweis für Kinder- und Jugendpsychotherapie

(1) Erfüllt eine ARGE-Vertragstherapeutin den Erfahrungsnachweis gemäß § 3 nicht, jedoch nachstehende Voraussetzungen, kann sie ausschließlich Einzelstunden mit Minderjährigen gemäß § 1 Abs 1 lit a erbringen.

(2) Qualitative Komponenten:

Die Psychotherapeutin muss

- a) eine therapeutische (und das soziale Umfeld beratende) Berufstätigkeit in einer Krankenanstalt oder einer anderen Behandlungseinrichtung, deren Tätigkeitsschwerpunkt in der (zwischen Ärztinnen, klinischen Psychologinnen und Psychotherapeutinnen) vernetzten Behandlung (unter nachgewiesener fachspezifischer Supervision) von Kindern und Jugendlichen liegt, und
- b) psychotherapeutische Erfahrung in der Krankenbehandlung Minderjähriger (Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres) nachweisen.

Der Nachweis gemäß lit a erfolgt durch Dienstzeugnis der Krankenanstalt bzw. der Behandlungseinrichtung über Art (Tätigkeitsschwerpunkt, fachspezifische Supervision), Umfang (Wochenstunden) und Dauer der Verwendung. Ist die Einrichtung der ARGE und der SGKK nicht bekannt, sind Unterlagen über deren Struktur und Behandlungskonzepte vorzulegen. (Sofern zwischen ARGE und SGKK kein Einvernehmen über das Vorliegen einer solchen Einrichtung hergestellt werden kann, ist § 3 Abs 3 sinngemäß anzuwenden.)

Der Nachweis gemäß lit b ist durch Bestätigungen von Trägern der (gesetzlichen) sozialen Krankenversicherung über die Zahl der von der Psychotherapeutinnen im Beobachtungszeitraum an Minderjährigen erbrachten Einzeltherapiestunden als Krankenbehandlung, für die die Träger Leistungen (Honorare, Kostenerstattungen, Kostenzuschüsse) erbracht haben, zu erbringen. § 3 Abs 4 ist analog anzuwenden.

(3) Quantitative Erfordernisse:

- a) Wird eine therapeutische Berufstätigkeit in einer Krankenanstalt mit dem Tätigkeitsschwerpunkt der Behandlung von Kindern in der Dauer von 6 Monaten (Vollzeit; bei Teilzeit von zumindest 10 Wochenstunden aliquot länger) nachgewiesen, beträgt die nachzuweisende psychotherapeutische Erfahrung gemäß Abs 2 lit b 700 Therapiestunden. Für jeden vollen Monat darüber hinausgehender Berufstätigkeit (auf der Basis einer Vollzeitbeschäftigung) vermindert sich die erforderliche Stundenzahl um 45, für jeden Monat geringerer Berufstätigkeit erhöht sie sich um 90. Eine therapeutische Berufstätigkeit in der Krankenanstalt wird nur berücksichtigt, wenn sie zumindest 2 Monate (Basis Vollzeit) gedauert hat.
- b) Wird eine therapeutische Berufstätigkeit in einer anderen Einrichtung gemäß Abs 2 lit a in der Dauer von 9 Monaten (Vollzeit; bei Teilzeit von zumindest 10 Wochenstunden aliquot länger) nachgewiesen, beträgt die nachzuweisende psychotherapeutische Erfahrung 700 Therapiestunden. Für jeden vollen Monat darüber hinausgehender Berufstätigkeit (auf der Basis einer Vollzeitbeschäftigung) vermindert sich die erforderliche Stundenzahl um 30, für jeden Monat geringerer Berufstätigkeit erhöht sie sich um 60. Eine therapeutische Berufstätigkeit in der Einrichtung wird nur berücksichtigt, wenn sie zumindest 3 Monate (Basis Vollzeit) gedauert hat.

- c) Wird eine fachspezifische Aus- und Weiterbildung für Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie im Ausmaß von zumindest 100 Stunden Theorie nachgewiesen, vermindert sich die erforderliche Stundenzahl der psychotherapeutischen Erfahrung um 100.
- d) In allen Fällen muss die psychotherapeutische Erfahrung zumindest 430 Stunden umfassen.
- e) Beispiel: Die Psychotherapeutin weist eine therapeutische Berufstätigkeit in einer Krankenanstalt im gemäß lit a im (Vollzeit-)Ausmaß von 8 Monaten und eine fachspezifische Ausbildung gemäß lit c nach: Die erforderliche Stundenzahl vermindert sich wegen der zwei zusätzlichen Monate und der spezifischen Ausbildung auf 510. Liegen davon 80 %, also 408 Stunden, die in den zurückliegenden 7 Jahren für minderjährige Anspruchsberechtigte der SGKK erbracht wurden, vor (Vermutung gemäß § 3 Abs 4), ist der Erfahrungsnachweis erbracht.

§ 3c

Erfahrungsnachweis für die Zuteilung von Stundenkontingenten für Bezieher von Rehabilitationsgeld

- (1) Erfüllt eine ARGE-Vertragstherapeutin den Erfahrungsnachweis gemäß § 3 nicht, jedoch nachstehende Voraussetzungen, kann sie gemäß § 1 Abs 1 lit b ausschließlich Einzeltherapiestunden mit Beziehern von Rehabilitationsgeld, für die die Psychotherapie Bestandteil eines Versorgungsplanes ist (siehe § 5a), erbringen.
- (2) Erforderlich ist der Nachweis von 1.000 Stunden psychotherapeutischer Krankenbehandlung im Sinne des § 3 Abs 1 lit b und Abs 4.
- (3) Bei Psychotherapeutinnen, die im Beobachtungszeitraum gemäß § 3 Abs 4 überwiegend (mindestens 50 % auf der Basis von 40 Wochenstunden) in einer öffentlichen oder privaten Krankenanstalt (sofern es sich um solche der Fachgebiete Psychiatrie oder Psychosomatik handelt), deren Behandlungsleistungen von der sozialen Krankenversicherung entweder patientenbezogen oder pauschal (LKF) abgegolten werden, oder in einer Sonderkrankenanstalt für Rehabilitation in einem Anstellungsverhältnis mit psychotherapeutischer Verwendung gearbeitet haben (Nachweis durch entsprechendes Dienstzeugnis; kein Praktikum), werden auf die gemäß Abs 2 erforderliche Stundenzahl die von der Krankenanstalt als erbracht bestätigten Stunden, die auf Psychotherapien mit einer Dauer von mehr als 10 Behandlungsstunden (maximal 3 davon können durch zumindest 3 Gruppensitzungen substituiert werden) entfallen, höchstens aber 500 Stunden angerechnet. Voraussetzung dafür ist, dass der Bestätigung eine von der SGKK nachprüfbare Auflistung dieser Therapien in Verbindung mit nachträglich nicht mehr veränderbaren Patientendokumentationen zugrunde liegt. Im Fall einer patientenbezogenen Abrechnung der Einzeltherapiestunden mit den Trägern der sozialen Krankenversicherung kann eine Doppelanrechnung nicht erfolgen.

§ 4

Persönliche Leistungspflicht

(1) Die Interessensvertretung hat sicherzustellen, dass die psychotherapeutische Behandlung durch die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen selbst durchgeführt wird, dass die Psychotherapeutin bei der Urlaubsplanung auf die Bedürfnisse der Patientinnen Rücksicht nimmt und im Falle ihrer persönlichen Verhinderung nach Möglichkeit für eine Vertretung durch eine andere geeignete Psychotherapeutin bzw. eine andere geeignete Einrichtung sorgt. Die Patientinnen sind darüber – einschließlich der finanziellen Folgen der Inanspruchnahme der Vertreterin – zu informieren bzw. aufzuklären.

Sofern es sich um eine dringende, unaufschiebbare Vertretungsleistung (z.B. in einer Krisensituation der Patientin) bei Urlaub oder Krankheit der behandelnden ARGE-Vertragspsychotherapeutin im Zuge einer Psychotherapie gemäß § 1 Abs 3, erster Satz handelt, kann unter Anrechnung auf das bewilligte Stundenkontingent die Vertretene die von der Vertreterin erbrachte Leistung mit der Interessensvertretung abrechnen, wenn

- die Vertretene die Vertreterin entsprechend einer zwischen diesen getroffenen Vereinbarung direkt honoriert und
- die Vertreterin keine zusätzliche Honorarforderung an die Patientin oder die Interessensvertretung stellt und
- die Vertreterin alle Vertragspflichten und Leistungsinhalte erfüllt und
- die Vertreterin bei einer Psychotherapie gemäß § 1 Abs 1 lit a (bzw. lit b) ebenso den Erfahrungsnachweis gemäß § 3 bzw. §§ 3a, 3b, 3c erfüllt.

Ist eine Vertretung durch eine Psychotherapeutin mit spezifischem Erfahrungsnachweis nicht möglich und muss eine andere eingetragene Psychotherapeutin herangezogen werden, können für solche Vertretungsleistungen pro Kalenderjahr nur höchstens 10 Therapiestunden einer Vertretung abgerechnet werden.

(1a) Bei der Abrechnung jeder Vertretungsleistung ist jedenfalls der Name der Vertreterin anzugeben.

(2) Keinesfalls dürfen von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin Bestätigungen über Lehrpraktika gemäß § 9 Abs 1 PthG ausgestellt werden, wenn Patientinnen auf Rechnung der Kasse behandelt wurden oder solche Behandlungen von Patientinnen in anderer Form als Lehrpraktika bestätigt werden. Die Interessensvertretung wird die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen zur Einhaltung dieser Vorschriften verhalten.

§ 5

Psychotherapeutische Behandlung

(1) Nicht jede Psychotherapie stellt eine Krankenbehandlung im Sinne des ASVG dar: Die Berufsumschreibung des § 1 Psychotherapiegesetz (PthG) knüpft nämlich am Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an, während für die Leistungspflicht der sozialen Krankenversicherung der viel engere

Krankheitsbegriff des ASVG (§§ 120 Abs 1 Z 1 iVm § 133 Abs 2 ASVG) maßgeblich ist. Daher folgt aus einer Diagnosezuordnung gemäß ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, herausgegeben von der WHO) nicht automatisch eine Leistungspflicht der Kasse. Eine Psychotherapie kann nur dann Gegenstand einer Leistungserbringung durch die Kasse sein, wenn sie eine Krankenbehandlung darstellt. Dies setzt voraus, dass ein Versicherungsfall der Krankheit im Sinne des ASVG vorliegt. Demnach muss ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand bestehen, der die Krankenbehandlung notwendig macht. In Verbindung mit den gesetzlich definierten Behandlungszielen muss der Zustand

- die Arbeitsfähigkeit der Patientin soweit beeinträchtigen, dass sie nicht oder nur mit der Gefahr einer Verschlimmerung ihres Zustandes fähig ist, ihrer Arbeit nachzugehen, und/oder
- die Patientin daran hindern, für ihre lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse selbst zu sorgen (Selbstversorgungsfähigkeit), und/oder
- sonst eine so starke Beeinträchtigung ihrer Gesundheit darstellen, die sie nicht mit zumutbarer Willensanspannung ohne psychotherapeutische Hilfe bewältigen kann. (Die Störung ist der willentlichen Steuerung durch die Patientin nicht mehr zugänglich.)

Der Zustand muss durch Symptome objektivierbar sein.

(2) Soziale Notlagen und Konfliktsituationen in Beruf, Familie und Partnerschaft stellen keine Krankheit dar. Daher sind insbesondere nicht als Krankenbehandlung zu betrachten:

- eine prophylaktische Psychotherapie zur Vermeidung einer möglicherweise eintretenden Krankheit
- Beratung bei Berufs-, Erziehungs-, Familien-, Partnerschafts- und Sexualproblemen
- Maßnahmen zur beruflichen Anpassung oder Berufsförderung
- Kurse, Workshops, Erwachsenenbildung u. dgl., in denen Lehrinhalten und/oder der Beratung ein zentraler Stellenwert zukommt (z.B. Seminar für Entspannungstechniken wie Autogenes Training)
- Behandlung von Lese-, Rechtschreib-, Rechen- und anderen Lernschwächen
- Unterstützung bei sozialen Notlagen
- soziale Betreuung (Wohnen, Arbeitsassistenz, Freizeitstrukturen).

Wird eine psychische Beeinträchtigung durch äußere Umstände oder Verhaltensweisen hervorgerufen, deren Änderung der Patientin möglich und zumutbar ist, gebührt keine Krankenbehandlung. Belastungsreaktionen, die regelmäßig auch ohne psychotherapeutische Intervention, insbesondere mit dem Wegfall der Belastung abklingen, stellen in der Regel keine Krankheit im Sinne des ASVG dar. Dasselbe gilt für nicht mehr veränderbare Zustände (sogenannte Gebrechen, etwa verbunden mit Pflegebedürftigkeit), es sei denn, durch die Psychotherapie kann eine sonst mit hoher Wahrscheinlichkeit eintretende weitere Verschlechterung (z.B. notwendiger Klinikaufenthalt) verhindert werden.

(3) Bestehen Arbeitsfähigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit und ein stabiler Gesundheitszustand (ein solcher liegt aber nicht vor, wenn mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit bei einer Beendigung der Behandlung mit einem Wiederauftreten der Krankheit im Sinne des ASVG zu rechnen ist), stellt eine Fortsetzung der

Psychotherapie mit dem Ziel der Förderung von Reifung und Entwicklung des Behandelten keine Krankenbehandlung mehr dar (Wegfall des Versicherungsfalles).

- (4) Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Im Einzelnen bedeutet dies:
Psychotherapie ist nur dann als zweckmäßige Maßnahme zu betrachten, wenn nur durch sie die Krankheit (psychische Störung) mit Erfolg wirksam behandelt werden kann. Stehen bei kurzfristigen Störungen andere, gleich wirksame, aber kostengünstigere Behandlungsmaßnahmen zur Verfügung, gebühren nur diese.
- (5) Zwar kommen grundsätzlich alle anerkannten Behandlungsmethoden gemäß § 6 in Betracht, doch besteht nur Anspruch auf jene Methode, die den Behandlungserfolg (Herstellung der Arbeitsfähigkeit, Selbstversorgungsfähigkeit, stabiler Gesundheitszustand – siehe oben Abs 3) mit dem geringsten finanziellen Aufwand für die Kasse erreichen lässt. Ist eine aufwendigere Behandlung geplant, hat die antragstellende ARGE-Vertragspsychotherapeutin (bei anderen Psychotherapeutinnen die antragstellende Patientin unter Vorlage einer schriftlichen Begründung ihrer behandelnden Psychotherapeutin) auf Nachfrage der Kasse darzustellen, warum im jeweiligen Einzelfall die Anwendung einer anderen, kostengünstigeren Behandlung oder Behandlungsmethode zur Erzielung eines ausreichenden Behandlungserfolges nicht möglich ist.
- (6) Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung gemäß § 3 Abs 2 Z 1 PthG, eine Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung gemäß § 6 Abs 2 Z 1 PthG oder eine begleitende Teilnahme an Praktikumssupervisionen gemäß §§ 3 Abs 2 Z 3 bzw. 6 Abs 2 Z 3 PthG dürfen nicht als Krankenbehandlung mit der Kasse abgerechnet werden. Für Krankenbehandlung gemäß § 1 Abs 1 darf von der Psychotherapeutin daher keine Bestätigung gemäß § 9 Abs 1 PthG ausgestellt werden oder eine solche Behandlung in anderer Form als eine Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung gemäß § 3 Abs 2 Z 1 PthG, eine Lehrtherapie, Lehranalyse, Einzel- oder Gruppenselbsterfahrung gemäß § 6 Abs 2 Z 1 PthG oder eine begleitende Teilnahme an Praktikumssupervisionen gemäß §§ 3 Abs 2 Z 3 bzw. 6 Abs 2 Z 3 PthG bestätigt werden. Die Interessensvertretung wird die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen zur Einhaltung dieser Vorschriften verhalten. In diesem Sinne unberechtigt verrechnete Honorare kann die Kasse zurückfordern.
- (7) Eine aufsuchende soziotherapeutische Behandlung (z.B. Familienbetreuung als Leistung der Jugendämter) stellt grundsätzlich keine Krankenbehandlung dar.
- (8) Nicht anerkannte Behandlungsmethoden dürfen für Rechnung der Kasse nicht angewendet werden. Werden nicht anerkannte Behandlungsmethoden angewendet, dürfen Patientinnen, bei denen eine Krankheit gemäß Abs 1 vorliegt, von ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen auch keine Privathonorare in Rechnung gestellt werden.
- (9) Behandlungen der Ehegattin / des Ehegatten bzw. der Lebensgefährtin / des Lebensgefährten des/der Psychotherapeuten/Psychotherapeutin, ihrer/seiner Kinder, Enkel, (Groß-)Eltern und Geschwister sind der Kasse nicht verrechenbar.

- (10) Eine psychotherapeutische Behandlung ist gemäß § 135 Abs 1 Z 3 ASVG erst dann der ärztlichen Hilfe gleichgestellt und somit Krankenbehandlung gemäß § 1 Abs 1, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (egal ob Einzel-, Paar-, Familien- oder Gruppentherapie) innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung der Patientin bzw. der „Symptomträgerin“ gemäß § 7 Abs 12 stattgefunden hat. Nur in diesem Fall besteht ein Anspruch auf Honorierung (bzw. Kostenzuschuss) gegenüber der Kasse.
- (11) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat Patientinnen bei Verdacht des Vorliegens einer somatischen Erkrankung an eine Vertrags(fach)ärztin oder eine Vertragseinrichtung zu verweisen. Eine Verweisung an eine Wahl(fach)ärztin bzw. eine Wahleinrichtung ist nur dann zulässig, wenn die Patientin die Wahl(fach)ärztin bzw. die Wahleinrichtung ausdrücklich auf eigene Rechnung in Anspruch nehmen möchte.

§ 5a

Psychotherapie für Bezieher von Rehabilitationsgeld

- (1) Einer psychotherapeutischen Krankenbehandlung gemäß § 5 ist – sofern nicht bereits eine Psychotherapie gemäß § 1 Abs 1 lit a oder Abs 2 und § 5 läuft (siehe dazu Abs 9!) – eine im Rahmen der medizinischen Rehabilitation (eines diesbezüglichen Maßnahmenplanes) von Rehabilitationsgeldbeziehern vorgesehene **neue** Psychotherapie (Einzeltherapie) gleichzuhalten („Rehatherapie“). Die Versicherte erhält vom Casemanagement der Kasse ein **Formblatt (Anhang 7)**, mit dem sie eine Psychotherapeutin gemäß § 1 Abs 1 lit b aufsucht, die von der SGKK einen Patientencode anfordert und von der SGKK auch eine **Bestätigung** über die Verrechnungsmodalitäten erhält.
- (2) Gegenstand der Rehatherapie sind jene psychotherapeutischen Maßnahmen, die zur Erreichung des im Formblatt gemäß Maßnahmenplan festgelegten Behandlungszieles zweckmäßig und notwendig sind (etwa die Aktivierung der eigenen Ressourcen, Förderung der Motivation und der Eigenverantwortlichkeit, Erarbeitung von Problemlösungsstrategien). Die Evaluierung dessen erfolgt durch Zwischenberichte (Abs 4).
Art und Umfang (Beginn, vorerst bewilligte Stundenanzahl, allfällige Einhebung einer Kostenbeteiligung gemäß Abs 7 sind in der Bestätigung festgelegt und gelten damit als bewilligt. § 7 ist nicht anzuwenden.
- (3) Gruppentherapien für Rehabilitationsgeldbezieher können gesondert durch individuelle Vereinbarung der Kasse mit entsprechenden Psychotherapeutinnen geregelt werden und sind grundsätzlich nicht über diese Leistungsvereinbarung abzurechnen.
- (4) Der codierte Zwischenbericht für neu begonnene Rehatherapien (Anhang 8) ist auf der sicheren Datenleitung (analog § 7 Abs 4) an das Casemanagement der SGKK zu übermitteln, und zwar frühestens einen Monat vor Verbrauch der bewilligten Stunden, spätestens aber 6 Monate nach dem bewilligten Therapiebe-

ginn bzw. nach dem letzten Zwischenbericht. Die Bewilligung weiterer Stunden erfolgt mittels neuerlicher Bestätigung.

Inhalt des Zwischenberichts ist, ob die Patientin regelmäßig die Therapiestunden besucht (und falls nein, warum nicht), die Motivationslage der Patientin und der bisherige Verlauf im Hinblick auf die Therapieziele. Falls Letztere nicht (mehr) erreichbar erscheinen, ist dies zu begründen. Sollte der Zwischenbericht innerhalb einer gesetzten Nachfrist von längstens zwei Monaten nicht einlangen, wird die Rehatherapie eingestellt. Eine **Einstellung** erfolgt auch, wenn der Rehabilitationsgeldbezug endet oder die Erreichung des Behandlungsziels (Abs 2) nicht mehr realistisch erscheint. Im Einstellungsschreiben wird das Beendigungsdatum festgelegt. Davon unberührt bleibt die Möglichkeit, einen Verlängerungsantrag auf Fortsetzung der Psychotherapie nach den Regeln für andere Psychotherapien als Rehatherapien zu stellen.

- (5) Ist das Rehabilitationsziel erreicht, ist die Therapie zu unterbrechen, ein Zwischenbericht zu übermitteln und die Patientin an das Casemanagement der Kasse zur Festlegung der weiteren Vorgangsweise zu verweisen.
- (6) Die Vorlage der ärztlichen Bestätigung ist nicht erforderlich (weil deren Zweck durch die der Erstellung des Maßnahmenplanes vorangehenden Untersuchungen/Begutachtungen erfüllt ist).
- (7) Neue Rehatherapien werden nicht als WS-Therapien im Sinne des § 1 Abs 2 und § 2 Abs 2 erbracht. Zur Vermeidung eines unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwandes wird von Rehabilitationsgeldbezieherinnen, deren monatliches Rehabilitationsgeld (Tagsatz mal 30 zuzüglich sonstiges Einkommen) unter € 1.190,00° liegt, generell auf eine Kostenbeteiligung verzichtet (für diese Patientinnen erfolgt daher die Abrechnung des vollen Stundentarifs). Bei höherem Rehabilitationsgeld ist die 20%ige Kostenbeteiligung von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin einzuheben (Abrechnung von 80 % des Vertragstarifs) und ist eine individuelle Antragstellung der Patientin hinsichtlich der von ihr getragenen Kostenbeteiligung beim Unterstützungsfonds der Kasse möglich.
(° Der Betrag wird ab 2019 angepasst.)
- (8) Bei einem Wechsel der Psychotherapeutin erlischt die Bewilligung hinsichtlich der noch nicht konsumierten Reha-Therapiestunden. Es muss vom Casemanagement ein neues Formblatt eingeholt und eine neue Bestätigung abgewartet werden.
- (9) Läuft bei Vereinbarung des Maßnahmenplanes bereits eine Psychotherapie (Einzeltherapie) gemäß § 1 Abs 1 lit a oder Abs 2 und § 5 wird für diese Psychotherapie das Bewilligungsprocedere des § 7 (insbesondere mit Verlängerungsanträgen, die auch für Rehabilitationsgeldbezieher vollständig auszufüllen sind!) beibehalten. Hinsichtlich der Abrechnung gilt Folgendes:
 - a) Laufendes Kontingent gem § 1 Abs 1 lit a: Die Psychotherapeutin erhält von der Kasse eine **Benachrichtigung**, ab welchem Zeitpunkt welche Reha-Leistungsposition (mit bzw ohne Kostenbeteiligung; siehe Abs 7) zur Abrechnung gelangt. Mit einer allfälligen **Einstellung** der Sachleistungsgewährung aus dem Titel der Rehabilitation (siehe Abs 4) teilt die Kasse mit, ob

die noch nicht verbrauchten bewilligten Stunden als Sachleistungskontingent gemäß § 2 Abs 1 oder nur mit Kostenzuschuss abgerechnet werden können (nach deren Verbrauch ist ein weiterer Verlängerungsantrag möglich).

b) Laufende WS-Therapie (§ 2 Abs 2): Lit a gilt analog; wäre die Umstellung auf eine Rehatherapie für die Versicherte ungünstiger, wird die Therapie (bei Vorliegen der Voraussetzungen) als WS-Therapie fortgesetzt. Verfügt die Psychotherapeutin über keinen spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3c, aber über einen Vertrag zur Verrechnung von WS-Therapien (§ 1 Abs 2), ist eine Rehatherapie nur möglich, wenn – im Hinblick auf eine bereits länger dauernde Psychotherapie oder mangels freier Therapieplätze bei ARGE-Vertragspsychotherapeuten mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3c – ein Therapeutenwechsel nicht möglich bzw. unzweckmäßig ist. (Nach Einstellung des Reha geldbezuges ist aber eine Sachleistungsgewährung nur möglich, wenn die Voraussetzungen für eine WS-Therapie gemäß § 1 Abs 2 oder der Härtefallregelung des § 2a Abs 3 vorliegen.)

c) Laufende Zuschusstherapie (§ 1 Abs 1 lit c):

- Verfügt die Psychotherapeutin über den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 und einen Vertrag mit der ARGE-Psychotherapie, gilt lit a.
- Verfügt die Psychotherapeutin über den spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3c und einen Vertrag mit der ARGE-Psychotherapie, gilt lit a, wobei aber nach einer Einstellung kein Kontingentplatz im Sinne des § 1 Abs 1 lit a zugeteilt werden kann, jedoch bei Vorliegen der Voraussetzungen eine WS-Therapie (§ 2 Abs 2) oder die Härtefallregelung des § 2a Abs 3 in Betracht kommt.
- Verfügt die Psychotherapeutin über keinen spezifischen Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3c, aber über einen Vertrag zur Verrechnung von WS-Therapien (§ 1 Abs 2), ist eine Rehatherapie nur möglich, wenn – im Hinblick auf eine bereits länger dauernde Psychotherapie oder mangels freier Therapieplätze bei ARGE-Vertragspsychotherapeuten mit Erfahrungsnachweis gemäß § 3 oder § 3c – ein Therapeutenwechsel nicht möglich bzw. unzweckmäßig ist. Nach Einstellung ist aber eine Sachleistungsgewährung nur möglich, wenn die Voraussetzungen für eine WS-Therapie gemäß § 1 Abs 2 oder der Härtefallregelung des § 2a Abs 3 vorliegen.

(10) Die Muster der Formulare (Formblatt, Zwischenberichte) finden sich in den Anhängen 7 bis 9. **Zum administrativen Ablauf gibt es ein Infoblatt.**

§ 6

Methoden und Behandlungsformen

(1) Folgende Methoden gelten als geeignet zur Behandlung seelischer Krankheiten:

- Analytische Psychologie (AP)
- Autogene Psychotherapie (AT)
- Daseinsanalyse (DA)
- Dynamische Gruppenpsychotherapie (DG)
- Existenzanalyse (E)

- Existenzanalyse und Logotherapie (EL)
- Gestalttheoretische Psychotherapie (GTP)
- Gruppenpsychoanalyse (GP)
- Hypnosepsychotherapie (HY)
- Individualpsychologie (IP)
- Integrative Gestalttherapie (IG)
- Integrative Therapie (IT)
- Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)
- Klientenzentrierte Psychotherapie (KP)
- Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)
- Personenzentrierte Psychotherapie (PP)
- Personenzentrierte Psychotherapie (PZ)
- Psychoanalytische Psychotherapie (PA)
- Psychodrama (PD)
- Systemische Familientherapie (SF)
- Transaktionsanalytische Psychotherapie (TA)
- Verhaltenstherapie (VT)

(2) Eine Erweiterung der Liste nach Abs 1 erfolgt einvernehmlich durch Brief und Gegenbrief.

(3) Folgende Behandlungsformen sind vorgesehen:

- Einzeltherapie - mindestens 50 Minuten *
- Einzeltherapie – mindestens 25 Minuten * (nur in Ausnahmefällen für einzelne Sitzungen)
- Gruppentherapie (3 bis 16 Personen) – mindestens 50 Minuten *
- Gruppentherapie (3 bis 16 Personen) – mindestens 90 Minuten *
- Gruppentherapie (6 bis 16 Personen) – mindestens 135 Minuten *
- Paartherapie – mindestens 50 Minuten *
- Familientherapie – mindestens 75 Minuten *
- Familientherapie – mindestens 100 Minuten *

* reine Behandlungszeit mit den Patientinnen (ohne Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit)

(4) Ist im Zuge einer Einzeltherapie die Einbeziehung einer Bezugsperson erforderlich, erfolgt die Verrechnung der Sitzung für die Patientin entsprechend der Bestimmungen für Einzeltherapien. Die Verrechnung vereinzelter Sitzungen, die ausschließlich mit der Bezugsperson (ohne die Patientin) durchgeführt werden müssen, ist bei der Abrechnung kenntlich zu machen und (mit Ausnahme von Kindertherapien) nur bei (die Patientin betreffenden) Kriseninterventionen mit entsprechender Begründung zulässig. Paar- oder Familientherapien sind als solche zu beantragen und nicht als Einzel- oder Gruppentherapien abzurechnen.

(5) Ein Kontingentsplatz (§ 2 Abs 1) für eine Gruppentherapie kann nur für fortlaufende Gruppen (also nicht für Blockveranstaltungen) für Zeiträume zwischen 6 und 12 Monaten zugeteilt werden. Als Setting kommen grundsätzlich Sitzungen zu 90 Minuten * wöchentlich oder vierzehntägig, oder zu 135 Minuten * vierzehntägig in Betracht, für Kinder und andere besondere Patientengruppen auch Sitzungen zu 50 Minuten * wöchentlich oder vierzehntägig.

Gruppensitzungen ab 9 Teilnehmerinnen (für Kinder oder besondere Patientengruppen ab 5 Teilnehmerinnen) können auch von 2 Psychotherapeutinnen abgehalten werden. Eine Direktverrechnung mit der Interessenvertretung erfolgt ausschließlich durch die Leiterin mit besonderem Erfahrungsnachweis gemäß § 3 bzw. § 3a. Deren Aufgabe ist auch die Honorierung der Co-Therapeutin, die auch kein gesondertes Honorar von den Teilnehmerinnen verlangen darf. Bei der Honorierung der Leiterin gemäß Anhang 6 wird danach unterschieden, ob die Co-Therapeutin in die Psychotherapeutenliste eingetragen (bzw. Ärztin mit „Psy-III-Diplom/Psychotherapeutische Medizin“ der ÖÄK) ist oder in Ausbildung und unter Supervision zur psychotherapeutischen Tätigkeit berechtigt (bzw. Ärztin in Ausbildung zum „Psy-III-Diplom“) ist. Andere Personen dürfen nicht als Co-Therapeutinnen herangezogen werden.

* reine Behandlungszeit mit den Patientinnen (ohne Vorbereitungs- und Nachbereitungszeit)

- (6) Bei der Behandlungsform Paartherapie ist von einer Bewilligung auch eine Subsystemarbeit (fallweise Einzelstunden mit einem der Partner) mitumfasst. Scheidet jedoch ein Partner aus der Paartherapie aus, ist diese damit beendet (es verfallen alle bewilligten Stunden) und ist für eine allenfalls fortgesetzte Einzeltherapie ein Erstantrag zu stellen.
- (7) Bei der Behandlungsform Familientherapie ist von einer Bewilligung auch eine Subsystemarbeit (insbesondere fallweise Sitzung mit dem Paar ohne Beziehung der Kinder) mitumfasst, wobei die Honorierung derselben sich nach der Zahl der Teilnehmer und der Dauer der Sitzung richtet (z.B. Paarsitzung oder Einzelsitzung mit oder ohne einer Bezugsperson). Fällt die Zahl der teilnehmenden Personen dauerhaft (bis zum Ende des bewilligten Stundenausmaßes) unter 3, ist die Familientherapie zu beenden (womit die Bewilligung für die noch nicht verbrauchten Familiensitzungen verfällt) und für eine allenfalls fortgesetzte Therapie ein Erstantrag auf Einzel- oder Paartherapie zu stellen.
- (8) Ist in der Eingangsphase der Psychotherapie oder in besonderen Krisensituationen eine höhere als die im Antrag angegebene (und bewilligte) Regelfrequenz erforderlich, ist dies für 8 Stunden pro Kalenderjahr ohne gesonderte Antragstellung und Bewilligung zulässig. Eine höhere Frequenz als 2 Stunden oder 1 Doppelstunde pro Woche bedarf aber jedenfalls einer vorherigen Bewilligung.

§ 7

Begutachtungs- und Bewilligungsverfahren

- (1) Die Kasse hat organisatorisch eine strikte Trennung insbesondere hinsichtlich Datenzugriffen zwischen der „Psychotherapiebegutachtung“ (der zur Begutachtung eingesetzten Vertrauenspsychotherapeutinnen) und der Verwaltung (den mit der Administration und der Auszahlung betrauten Mitarbeiterinnen) sicherzustellen.
- (2) Grundsätzlich bedürfen die ersten 10 Stunden einer Psychotherapie (Einzelsitzungen) keiner vorherigen Bewilligung durch die „Psychotherapiebegutach-

tung“. Ein Kostenzuschuss gemäß § 1 Abs 1 lit c und lit d wird aber nur geleistet, wenn eine Krankenbehandlung gemäß § 5 vorliegt. Auf der Honorarnote sind daher sowohl Diagnose als auch Behandlungsmethode anzugeben. Die Interessenvertretung wird eine Musterhonorarnote auflegen, auf der von der Psychotherapeutin kenntlich zu machen ist, ob eine Krankenbehandlung oder eine anderweitige Leistung (z.B. Lehrtherapie, Selbsterfahrung, Beratung, [Fort-]Bildung u. dgl.) vorliegt. Sind seit dem Ende einer Psychotherapie 3 Jahre vergangen, liegt jedenfalls eine neue Psychotherapie vor (auch wenn sie bei der selben Psychotherapeutin in Anspruch genommen wird) und ist für die ersten 10 Stunden keine vorherige Bewilligung erforderlich.

- (3) Ist absehbar, dass die Psychotherapie (Einzelsitzungen) eine höhere Stundenanzahl erfordern wird, bedarf eine weitere Kostentragung durch die Kasse einer Bewilligung durch die „Psychotherapiebegutachtung“. Die behandelnde Psychotherapeutin fordert für die Patientin bei der Verwaltung einen Code an (numerisches Kennzeichen, das keinen Rückschluss auf die tatsächliche Identität der Patientin zulässt). Der Code wird der Psychotherapeutin und der Patientin schriftlich mitgeteilt. Der Code ist für alle weiteren Verlängerungsanträge (auch bei Psychotherapeutenwechsel – siehe Abs 9 und 10) sowie für (zusätzliche) Anträge für Gruppen-, Familien- und Paartherapien (siehe Abs 11 und 12) zu verwenden.
- (4) Der Erstantrag (Anhang 1E für Einzeltherapie) wird von der Kasse auf ihrer Homepage als PC-Vorlage zur Verfügung gestellt. Die Psychotherapeutin lädt ihn herunter, versieht ihn mit dem Patientencode (nicht mit dem Namen der Patientin), füllt den Antrag aus und übermittelt ihn auf gesicherter Datenleitung (jeder Psychotherapeutin wird auf Antrag der Zugang mit individuellem Code eröffnet), oder auf einem anderen vereinbarten elektronischen Weg an die „Psychotherapiebegutachtung“ der Kasse. Erfolgt die Übermittlung nicht elektronisch, sind die Antragsformulare mit Schreibmaschine auszufüllen und per Post (mit Stempel und Unterschrift versehen) an die „Psychotherapiebegutachtung“ zu senden. (Psychotherapeutinnen, die gemäß § 1 Abs 3 tätig sind, sind zur Übermittlung auf elektronischem Weg verpflichtet.) Das Ergebnis der Begutachtung (Anzahl der bewilligten Stunden und Frequenz sowie Punktezahl gemäß § 2 – oder allenfalls Ablehnung des Antrages) wird unter dem jeweiligen Patientencode von der „Psychotherapiebegutachtung“ der Verwaltung mitgeteilt, die in Fällen der Direktverrechnung gemäß § 1 Abs 3 die Interessensvertretung und in allen Fällen sowohl die Psychotherapeutin als auch die Patientin davon verständigt und die Auszahlung der Honorarabrechnung bzw. der Kostenzuschüsse durchführt. Für nicht genehmigte Stunden erfolgt seitens der Kasse weder eine Honorierung noch ein Kostenzuschuss.
- (5) Sofern eine Verlängerung der Psychotherapie über das bewilligte Ausmaß hinaus erforderlich ist, muss von der Psychotherapeutin rechtzeitig, aber nicht früher als ca. 2 Monate vor Verbrauch der bereits bewilligten Stunden, ein Verlängerungsantrag (Anhang 2E für Einzeltherapie) an die „Psychotherapiebegutachtung“ gestellt werden. Dasselbe gilt, wenn die Psychotherapie mehr als 12 Monate unterbrochen wurde (in diesem Fall verfallen bewilligte, aber nicht konsumierte Stunden). Wurde der Verlängerungsantrag nach Verbrauch der

bewilligten Stunden gestellt, kann eine rückwirkende Kostenübernahme (bei Vorliegen der sonstigen Voraussetzungen) nur für längstens zwei Monate ab dessen Einlangen erfolgen. Die Abwicklung erfolgt wie beim Erstantrag (siehe oben Abs 3 und 4).

- (6) In der Regel werden aufgrund von Erst- und Verlängerungsanträgen 30 Stunden/Einzeltherapie bewilligt (wobei darauf die ersten 10 bewilligungsfreien Stunden gemäß Abs 2 nicht angerechnet werden), im Einzelfall können maximal 50 Stunden bewilligt werden, aber auch weniger als 30 Stunden. Die letzten maximal 10 bewilligten Einzelstunden können auch über einen längeren Zeitraum von maximal 18 Monaten nach Beendigung der regelmäßigen Therapiesitzungen im Sinne der Stützung der Eigenständigkeit der Patientin verbraucht werden (dies gilt nicht als neue Psychotherapie).
- (7) Rückfragen und Meinungsverschiedenheiten zwischen Psychotherapeutinnen und „Psychotherapiebegutachtung“ sollen in direkter Kontaktaufnahme unter ausschließlicher Bezugnahme auf den Patientencode einer Klärung zugeführt werden. Kann dabei keine Lösung erzielt werden, erfolgt, sofern die Psychotherapeutin ARGE-Vertragspsychotherapeutin ist und dies verlangt, eine Aussprache unter Zuziehung je eines Vertreters der Interessensvertretung und der Kasse. Kann auch so kein Einvernehmen hergestellt werden, muss letztlich der dafür zuständige Verwaltungsangestellte der Kasse eine Entscheidung fällen, der ein allfälliger fachlicher Konsens der Vertreter von Interessensvertretung und Psychotherapiebegutachtung zugrunde zu legen ist.
- (8) Wird wegen der Ablehnung eines Therapieantrages von der Versicherten ein Leistungsbescheid beantragt, fordert der dafür zuständige Verwaltungsangestellte von der „Psychotherapiebegutachtung“ eine Begründung an, die der Bescheidbegründung zugrunde gelegt wird.
- (9) Soll aus therapeutischer Sicht die Krankenbehandlung bei einer anderen Psychotherapeutin fortgesetzt werden zeigt die bisher behandelnde und überweisende Psychotherapeutin dies der „Psychotherapiebegutachtung“ mit Antrag auf geplanten Therapeutenwechsel (Anhang 3) mit kurzer Begründung an. Ein Antrag auf geplanten Therapeutenwechsel kann nur längstens binnen drei Monaten nach der letzten Therapiestunde gestellt werden (danach nur mehr ein Antrag gemäß Abs 10). Die „Psychotherapiebegutachtung“ macht der Verwaltung zum Patienten-Code davon Mitteilung. Sofern die „Psychotherapiebegutachtung“ im Einzelfall keine abweichende Entscheidung trifft, werden die bereits bewilligten Stunden in die neue Psychotherapie übernommen; die neue Psychotherapeutin stellt nach deren Ablauf einen Verlängerungsantrag. Die Abrechnungsmodalitäten richten sich danach, welcher Gruppe gemäß § 1 Abs 1 die neue Psychotherapeutin zugehört.
- (10) Erfolgte der Psychotherapeutenwechsel nicht im Rahmen des Behandlungsplanes, sondern auf Initiative der Patientin, erlischt die bisherige Bewilligung eines noch offenen Stundenkontingentes. 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 neuerlichen „bewilligungsfreien Stunden“ gemäß Abs 2). Aufgrund dieses Antrages können maximal 10 Stunden rückwirkend bewilligt werden.

Bei einem Psychotherapeutenwechsel ist eine weitere Kostenübernahme von einer Bewilligung des Psychotherapeutenwechsels durch die „Psychotherapiebegutachtung“ der Kasse abhängig, wenn

- die Zahl der verbrauchten Psychotherapiestunden unter 20 liegt, ab dem 3. Psychotherapeutenwechsel; oder
- die Zahl der bewilligten und verbrauchten Psychotherapiestunden über 20 liegt, bei jedem Psychotherapeutenwechsel.

Die Bewilligung setzt einen begründeten Antrag der Patientin (Anhang 4) voraus, zu dem die frühere Psychotherapeutin Stellung nehmen soll. Ist die Notwendigkeit des Therapeutenwechsels nicht nachvollziehbar, wird sie von der „Psychotherapiebegutachtung“ abgelehnt, wovon die Verwaltung in Kenntnis gesetzt wird, die der Patientin und der neuen Psychotherapeutin davon Mitteilung macht.

(10a) Konnte wegen plötzlichen Todes oder kurzfristig eingetretener Berufsunfähigkeit der behandelnden Psychotherapeutin kein Antrag gemäß Abs. 9 gestellt werden, können die bereits bewilligten Stunden in eine neue Psychotherapie übernommen werden, sofern Letztere binnen 3 Monaten beginnt; anderenfalls gilt Abs. 10.

(11) Gruppentherapien bedürfen jedenfalls einer Bewilligung ab der 1. Sitzung, wobei die Antragstellung spätestens nach der 4. Sitzung zu erfolgen hat und die Bewilligung höchstens rückwirkend für 4 Sitzungen erteilt werden kann. Die Voraussetzungen und die Vorgangsweise entsprechen jenen für Einzeltherapien mit folgenden Besonderheiten:

Befindet sich die Patientin bereits in Einzeltherapie, ist ein Zusatzantrag – Anhang 1Z bzw. 2Z zu stellen. Wird nur eine Gruppentherapie beantragt, sind die Antragsformulare Erstantrag für Gruppen-, Paar- und Familientherapien (Anhang 1GPF) und Verlängerungsantrag für Gruppen-, Paar- und Familientherapien (Anhang 2GPF) zu verwenden. Für eine Gruppentherapie wird eine Bewilligung längstens für die Dauer eines Jahres erteilt. Bei Fortsetzung der Gruppentherapie ist ein Verlängerungsantrag (Anhang 2GPF) zu stellen. Wird für eine Gruppentherapie ein Sachleistungskontingent zugeteilt, und befindet sich die Patientin nicht in Einzeltherapie bei einer anderen Psychotherapeutin, dürfen bei Notwendigkeit einer begleitenden Einzeltherapie ohne gesonderte Bewilligung bei einer Halbjahresgruppe maximal 5 und bei einer Jahresgruppe maximal 10 Einzelstunden von der Leiterin der Therapiegruppe zusätzlich erbracht und als Sachleistung (gemäß den sonstigen Bestimmungen für Einzeltherapiestunden zugeteilter Sachleistungskontingente) verrechnet werden. (Bei Kindertherapien bezieht sich dies auch auf Elterngespräche.)

Wurde für eine Gruppentherapie kein Kontingentplatz zugeteilt, deren Notwendigkeit aber von der Psychotherapiebegutachtung bestätigt, erfolgt sowohl für die Gruppentherapie als auch für die begleitenden Einzeltherapiestunden eine Zuschussleistung gemäß Satzung.

(12) Paar- und Familientherapien bedürfen jedenfalls einer Bewilligung ab der 1. Sitzung, wobei die Antragstellung spätestens nach der 4. Sitzung zu erfolgen hat und die Bewilligung höchstens rückwirkend für 4 Sitzungen erteilt werden

kann. Die Voraussetzungen und die Vorgangsweise entsprechen jenen für Einzeltherapien mit folgenden Besonderheiten:

Die Antragstellung hat für den primär erkrankten Partner bzw. für das primär erkrankte Familienmitglied (= „Symptomträger“) zu erfolgen.

Befindet sich der „Symptomträger“ bereits in Einzeltherapie, ist ein Zusatzantrag – Anhang 1Z bzw. 2Z - zu stellen. Wird nur eine Paar- oder Familientherapie beantragt, sind die Antragsformulare Erstantrag für Gruppen-, Paar- und Familientherapien (Anhang 1GPF) und Verlängerungsantrag für Gruppen-, Paar- und Familientherapien (Anhang 2GPF) zu verwenden.

Betreffend Subsystemarbeit und Änderung des Settings infolge Ausscheidens von Teilnehmerinnen aus der Therapie siehe § 6 Abs 6 und 7. Die Subsystemarbeit in einer Paar- oder Familientherapie ist auch dann als Sachleistung abzurechnen, wenn z.B. anstelle einer Familiensitzung eine Paar- oder Einzelsitzung erfolgt.

Wurde für eine Paar- oder Familientherapie kein Kontingentsplatz zugeteilt, deren Notwendigkeit aber von der Psychotherapiebegutachtung bestätigt, erfolgt eine Zuschussleistung gemäß Satzung. Bei der Abrechnung – nicht bei der Antragstellung! – sind die Personendaten (§ 10 Abs 2) des mitbehandelten Partners bzw. der mitbehandelten Familienmitglieder anzugeben (zu Zwecken der Geltendmachung einer finanziellen Beteiligung anderer Krankenversicherungsträger durch die SGKK; diese Angabe entfällt, sobald von der SGKK mit den Sondersicherungsträgern ein pauschalierter Aufwandsbeitrag vereinbart wird).

- (13) Die Vertragsparteien stellen ein Manual für die Ausfüllung der Erst- und Verlängerungsanträge sowie der Zusatzanträge zur Verfügung, und zwar elektronisch und auf Anforderung von Psychotherapeutinnen auch in Papierform.

§ 7a

Sanktionen gegen falsche Angaben

- (1) Vorbemerkung: Das Antragsverfahren stellt die Grundlage der Zuteilung der begrenzten Sachleistungsplätze an schwer Erkrankte, sowie der Auszahlung von Zuschussleistungen dar. Falsche Angaben (insbesondere eine unzutreffende Aggravation des Zustandsbildes hinsichtlich GAF-Wert, psychischer Status und ICD-Diagnose) sind geeignet, Patientinnen nicht zustehende Leistungen (also einen Vermögensvorteil) zu verschaffen und Patientinnen, die wegen einer dadurch bewirkten unrichtigen Reihung keinen Therapieplatz erhalten, einen Vermögensnachteil zuzufügen. Auch die Kasse kann durch solche falsche Angaben einen Vermögensnachteil erleiden. Das wissentlich unwahre Ausfüllen eines Antrages kann strafrechtliche Folgen nach sich ziehen.
- (2) Kommt im Zuge einer Überprüfung durch einen von der Kasse bestellten Gutachter oder im Rahmen eines Sozialgerichtsverfahrens durch Sachverständigenbefund hervor, dass eine ARGE-Vertragspsychotherapeutin entscheidungswesentlich unzutreffende Angaben über die Beeinträchtigung einer Patientin gemacht hat, teilt die Kasse diesen Umstand der Interessensvertretung und der Psychotherapeutin mit. Die Interessensvertretung fordert die Psychotherapeutin mit einge-

schriebenem Brief zur korrekten Antragstellung auf. Im Wiederholungsfall kann die Kasse von der Interessensvertretung den Ausschluss der betreffenden Psychotherapeutin von der Direktverrechnung verlangen. In diesem Fall können nur noch bereits begonnene Psychotherapien, aber keine neuen Psychotherapien dieser Psychotherapeutin mehr als Sachleistung abgerechnet werden.

Davon unberührt bleiben zivilrechtliche (Rückforderungsansprüche) und strafrechtliche Schritte (z.B. Strafanzeige) der Kasse gegen die betreffende Psychotherapeutin.

§ 8

Aufklärungspflichten

- (1) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat den Patientinnen vor Beginn der Behandlung nachweislich umfassend aufzuklären (§ 14 Abs 4 PthG). Diese Aufklärung hat insbesondere Angaben über die bestehenden Sachleistungsangebote (Kontingente für schwer Erkrankte, Kinder und Jugendliche, Rehabilitationsgeldbezieher sowie Sachleistung für wirtschaftlich Schwache) und über den Behandlungsablauf (z.B. Frequenz, Setting, Kostenregelung, Bewilligungsmodus gemäß § 7, Ferienregelung), die voraussichtliche Gesamtdauer der Psychotherapie, die Art und Standardbedingungen der Psychotherapie sowie die allfälligen, damit verbundenen Gefahren und die Verschwiegenheitspflicht zu umfassen. Sollte von der ARGE-Vertragstherapeutin kein Sachleistungsplatz angeboten werden können, ist die Patientin darüber schon vor der ersten Therapiestunde aufzuklären (und zwar mündlich bei der Terminvereinbarung und unterschriftlich dokumentiert vor Beginn der ersten Sitzung) und auf entsprechende Angebote anderer ARGE-Vertragstherapeutinnen hinzuweisen.
- (1a) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen haben von ihren Patientinnen eine datenschutzrechtliche Zustimmungserklärung gemäß Anhang 7 einzuholen und aufzubewahren. Sie dürfen mit der Kasse auch zur Klärung bloß administrativer Angelegenheiten in Bezug auf konkrete Patientinnen Kontakt nur dann aufnehmen, wenn von diesen Patientinnen eine solche Vollmacht bereits erteilt und auch nicht widerrufen wurde.
- (2) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat der Patientin weiters über das für eine (teilweise) Kostenübernahme durch die Kasse zwingende Erfordernis der Durchführung einer ärztlichen Untersuchung vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung (egal ob Einzel-, Gruppen-, Paar- oder Familientherapie) innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes (§ 5 Abs 10) aufzuklären. (Für Reha-Therapien ist dies nicht erforderlich: § 5a Abs 2.) Bei Nichtvorlage einer Bestätigung durch die Patientin, spätestens vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung, ist diese Aufklärung von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin schriftlich zu dokumentieren und von der Patientin (bzw. deren Vormund oder Sachwalter) zu unterschreiben. Ebenso ist die Patientin nachweislich darauf hinzuweisen, dass Kosten für ausgefallene Therapiesitzungen von der Kasse nicht übernommen werden.

- (3) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat die Patientin auch über sämtliche mit der Behandlung verbundenen Anträge und Verwaltungsabläufe einschließlich der finanziellen Auswirkungen aufzuklären und ihr die zur Antragstellung erforderlichen Unterlagen auszuhändigen.
- (4) Die Kasse erstellt gemeinsam mit der Interessensvertretung ein Informationsblatt für die Patientinnen.

§ 9

Dringende Behandlung und Krankenbesuch

- (1) In psychotherapeutisch dringenden Fällen hat die ARGE-Vertragspsychotherapeutin nach Möglichkeit auch außerhalb der Praxiszeiten ihrer Behandlungsstätte psychotherapeutische Hilfe zu leisten.
- (2) Krankenbesuche (= Krankenbehandlung am Aufenthaltsort der Patientin) sind von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin nur durchzuführen, wenn der Patientin wegen ihres Zustandes das Aufsuchen der Psychotherapeutin in der Behandlungsstätte nicht zugemutet werden kann und – mit Ausnahme von Kriseninterventionen – zuvor die Genehmigung durch die Kasse eingeholt wurde. Im Zusammenhang mit Krankenbesuchen sind Fahrtkosten verrechenbar (siehe § 1 Abs 7). Krankenbesuche in Krankenanstalten sind grundsätzlich nicht verrechenbar, ebenso wenig aufsuchende Soziotherapie.

§ 10

Anspruchsberechtigung

- (1) Mit der Benachrichtigung der Interessensvertretung von der Zuteilung eines Stundenkontingentes gilt die Anspruchsberechtigung als nachgewiesen. Endet die Anspruchsberechtigung vor Verbrauch des Stundenkontingentes, teilt die Kasse dies der Interessensvertretung mit. Ist eine Antragsstellung auf Zuteilung eines Stundenkontingentes zur Direktabrechnung und/oder die Tragung der Differenzkosten zum Vertragstarif aus Landesmitteln beabsichtigt oder bereits erfolgt, darüber aber noch nicht entschieden, ist keine Privathonorarnote auszustellen (siehe auch § 2 Abs. 1), doch kann die ARGE-Vertragspsychotherapeutin von der Patientin einen Erlag (höchstens im Ausmaß des Vertragstarifes) bis zum Einlangen der Mitteilung verlangen, wobei dieser im Falle der Zuteilung der Patientin unverzüglich zurückzuzahlen und die Leistung mit der Interessensvertretung zu verrechnen ist. (Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin darf erst nach einer Ablehnung des Antrages eine Privathonorarnote ausstellen.)
- (2) Die Abrechnung von Therapien gemäß § 1 Abs 3 erfolgt mittels von SGKK und Interessensvertretung aufgelegten Formularen, die neben Namen, Versicherungsnummer samt Geburtsdatum und Anschrift der Patientin auch zu jeder stattgefundenen Therapiesitzung (für Gruppentherapien unter Angabe der Gruppengröße, der anwesenden Psychotherapeutin und der Sitzungsdauer) deren eigenhändige Unterschrift aufzuweisen hat. Bei Paar- und Familientherapien sind auch die

mitbehandelten Partner bzw. Familienangehörigen mit Namen, Versicherungsnummer (samt Geburtsdatum), Anschrift und zuständigem Versicherungsträger anzugeben. Entfallene Therapiestunden dürfen keinesfalls abgerechnet werden (siehe dazu Abs 4).

- (3) Für Behandlungen ohne zugeteiltem Stundenkontingent hat die ARGE-Vertragspsychotherapeutin Privathonorarnoten zu stellen, die von der Patientin zu bezahlen und, sofern eine Bewilligung gemäß § 7 (bzw. § 2 Abs 3 lit a und § 5a Abs 1) vorliegt, bei der Kasse zur Kostenzuschuss-Leistung einzureichen sind. Es ist unzulässig und stellt einen Grund für den Entzug der Direktverrechnungsbezugnis (§ 1 Abs 4) dar, dieselbe Behandlungsleistung sowohl direkt über die Interessensvertretung zu verrechnen als auch dafür – abgesehen vom einzuhebenden Behandlungsbeitrag – ein Privathonorar zu verlangen.
- (4) Sofern eine Psychotherapiestunde nicht rechtzeitig (zumindest 24 Stunden zuvor) von der Patientin abgesagt wurde, steht es der ARGE-Vertragspsychotherapeutin frei, in Fällen, in denen die Patientin die rechtzeitige Absage des Termines, obwohl ihr diese möglich gewesen wäre, unterlassen hat, von der Patientin dafür Ersatz zu verlangen. Es ist auf einer diesbezüglichen Honorarnote allerdings klar zu vermerken, dass es sich um einen nicht wahrgenommenen Termin handelt, damit die Kasse nicht irrtümlich dafür einen Kostenersatz leistet. Die Missachtung dieser Obliegenheit stellt einen groben Vertragsverstoß gemäß § 1 Abs 4 dar.

§ 11 Betreuungsfälle

- (1) Die Interessensvertretung ist verpflichtet, auch jene Personen, die von der Kasse aufgrund besonderer gesetzlicher Bestimmungen (z.B. § 129 ASVG, Kriegsoferversorgungsgesetz) zu betreuen sind bzw. betreut werden, zu den Bedingungen dieses Vertrages zu versorgen.
- (2) Personen, die aufgrund zwischenstaatlicher Übereinkommen oder völkerrechtlicher Verpflichtungen der Kasse zur Betreuung überwiesen werden, sind den Patientinnen nach Abs 1 gleichgestellt.

§ 12 Arbeitsunfähigkeit

Zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit hat die ARGE-Vertragspsychotherapeutin den Patientinnen an einen Vertrags(fach)arzt, der zur Feststellung der Arbeitsunfähigkeit berechtigt ist, zu verweisen.

§ 13 Auskunftserteilung

- (1) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin ist verpflichtet, der Kasse alle Auskünfte, die sie zur geschäftsmäßigen Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben benötigen, zu erteilen bzw. entsprechende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.
- (2) Die Kasse und die Interessenvertretung haben für die Geheimhaltung der von der Psychotherapeutin erteilten Auskünfte gegenüber unberufenen Personen Sorge zu tragen (§ 460a ASVG).

§ 14 Aufzeichnungen

- (1) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat für die in ihrer Behandlung stehenden Patientinnen die notwendigen Aufzeichnungen zu führen. Diese haben unter Angabe des Datums jedenfalls zu enthalten:
 - Diagnose
 - erhobene Befunde
 - Anträge gemäß § 7
 - eine Kopie des Formblattes und der übermittelten Zwischenberichte (§ 5a)
 - erbrachte Leistungen
 - Anwesenheitslisten der Teilnehmerinnen von Gruppensitzungen (Co-Therapeutin, Patientinnen) mit Beginn und Ende
 - Name(n), Versicherungsnummer(n) samt Geburtsdatum, Anschrift(en) und zuständige(r) Krankenversicherungsträger von mitbehandelten Partnern und Familienangehörigen
 - Zuweisungen zu anderen ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen, Vertragspsychologinnen, Vertragseinrichtungen bzw. eigene Einrichtungen der Versicherungsträger
 - Verweisungen zu Vertrags- und Wahl(fach)ärzten, anderen Psychotherapeutinnen, Wahlpsychologinnen bzw. Vertrags- und Wahleinrichtungen
 - Verweisungen gemäß § 12
 - Bestätigungen von Ärzten (gemäß § 135 Abs 1 Z 3 ASVG)
 - Behandlungspläne
 - Aufklärungen gemäß § 4 Abs 1, § 5 Abs 11, § 8 Abs 1, 2 und 3
- (2) Weiters hat die ARGE-Vertragspsychotherapeutin den Krankheits- und den Behandlungsverlauf schriftlich zu dokumentieren. Die Dokumentation ist zumindest über 7 Jahre nach Beendigung der Psychotherapie aufzubewahren.
- (3) Soweit in diesem Vertrag nachweisliche Aufklärungen vorgesehen sind, sind diese Aufklärungen schriftlich zu dokumentieren und von der Patientin zu unterschreiben.

§ 15 Administrative Mitarbeit

- (1) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen sind zur Durchführung schriftlicher Arbeiten (z.B. im Zuge der Begutachtung gemäß § 7 bzw. Zwischenberichte gemäß

§ 5a Abs 4) im Rahmen ihrer Tätigkeit verpflichtet. Die Kasse hat darauf Bedacht zu nehmen, dass die administrative Belastung der Psychotherapeutin auf das notwendige Maß beschränkt bleibt.

- (2) Die für die psychotherapeutische Tätigkeit einschließlich der Rechnungslegung notwendigen Vordrucke (Bescheinigungen) werden zwischen den Vertragsparteien vereinbart. Die Kasse und die Interessensvertretung stellen der ARGE-Vertragspsychotherapeutin die Vordrucke kostenlos zur Verfügung.
- (3) Die Vordrucke sind vollständig auszufüllen und sodann von der ARGE-Vertragspsychotherapeutin mit ihrer Stampiglie und ihrer Unterschrift (keine Papphe) zu versehen. Zur Wahrung des Berufsgeheimnisses und zur Vermeidung einer Beunruhigung der Patientin müssen die vorgesehenen Patientencodes und können die für die Krankheitsstatistik vorgesehenen, üblichen Abkürzungen oder sonst vereinbarten Bezeichnungen verwendet werden.
- (4) Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat die Patientinnen zur Erteilung von Auskünften, die die Kasse und deren Leistungen, nicht aber psychotherapeutische Angelegenheiten betreffen, an die leistungszuständige Kasse zu verweisen.

§ 16

Honorierung der psychotherapeutischen Tätigkeit; Rechnungslegung

- (1) Die Interessensvertretung ist in Fällen der Direktverrechnung verpflichtet, über die ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen allfällige, aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder durch die Kasse vorgesehene Selbstbehalte (Behandlungsbeiträge, Kostenbeteiligungen) von der Patientin direkt einzuheben, soweit dies von der Kasse gewünscht wird.
- (2) Es dürfen ausnahmslos nur von der Kasse bewilligte und von den ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen tatsächlich durchgeführte Stunden verrechnet werden.
- (3) Die Interessensvertretung rechnet die von den ARGE-Vertragspsychotherapeutinnen erbrachten Leistungen gemäß § 1 Abs 3 quartalsweise ab.
- (4) Die Interessensvertretung hat darauf hinzuwirken, dass ihre Vertragspsychotherapeutinnen zeitgerecht nach Ablauf des Quartals abrechnen und Nachverrechnungen nur bei wichtigen Hinderungsgründen erfolgen. Für Abrechnungen, die mehr als 1 Jahr verspätet vorgelegt werden, werden keine Honorare mehr bezahlt (Verfallsfrist).

§ 17*

Gegenseitige Unterstützungspflicht

§ 18

Zusammenarbeit der ARGE- Vertragspsychotherapeutinnen mit dem Chef(Kontroll)-ärztlichen Dienst

Die ARGE-Vertragspsychotherapeutin hat dem Ärztlichen Dienst der Kasse auf Anfrage jene Auskünfte zu erteilen, die zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit oder von anderen Leistungsanträgen erforderlich sind; davon nicht erfasst sind Therapiegeheimnisse.

§ 19

Schlichtung und Entscheidung von Streitigkeiten

Meinungsverschiedenheiten zwischen ARGE-Vertragspsychotherapeutin, Interessensvertretung und Kasse sollen in direkter konstruktiver Kontaktaufnahme bereinigt werden. Vor Beschreitung des ordentlichen Rechtsweges soll ein Schlichtungsversuch unter Einbeziehung von Vertretern der Parteien dieses Vertrages unternommen werden. Dasselbe soll nach Möglichkeit in Fällen strittiger Leistungsansprüche (Kostenzuschuss) von Patientinnen einer ARGE-Vertragspsychotherapeutin gelten.

§ 20

Geltungsdauer und Kündigungsbestimmungen

Die Leistungsvereinbarung Psychotherapie kann zum 31.12. eines jeden Kalenderjahres unter Einhaltung einer sechsmonatigen Kündigungsfrist mit eingeschriebenem Brief gekündigt werden.

Salzburg, Wien am _____

Berufsverband österreichischer
Psychologinnen und Psychologen (BÖP)

Salzburger Gesellschaft
für psychotherapeutische Versorgung (SGPV)

Salzburger Gebietskrankenkasse

Der Obmann:



Der Direktor:

- ausschließlich ARGE Psychotherapie und SGKK betreffende Regelungen sind nicht angeführt

Vollmacht

für Zwecke der Sozialversicherung

Vollmachtgeber/in (Patient/in)

Vollmachtnehmer/in (Therapeut/in)

Name

Name

Vers. Nr.:

Straße

Straße

Plz:

Plz:

Ort:

Ort:

Hiermit bevollmächtige ich den Vollmachtnehmer/in,

- dem zuständigen Sozialversicherungsträger alle **Auskünfte zu erteilen**, die zur Beantragung des Patientencodes und zur Abrechnung meiner Behandlung erforderlich sind. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Daten: Persönliche Angaben (Name, Versicherungsnummer), Angaben zum Versicherungsverhältnis (aufrechte Versicherung, zuständiger Krankenversicherungsträger), Anzahl bereits konsumierter bewilligungsfreier Stunden, Angaben über aktuelle und vergangene Abrechnungen (Name früherer TherapeutInnen, letzte Termine, letzte Abrechnungsform), erfolgte oder beabsichtigte Antragstellung auf Sachleistung für wirtschaftlich Schwache (WS-Antrag), etc.
- vom zuständigen Sozialversicherungsträger sämtliche **Auskünfte einzuholen**, die zur Beantragung des Patientencodes und zur Abrechnung meiner Behandlung benötigt werden. Dabei handelt es sich insbesondere um folgende Daten: Persönliche Angaben (Name, Versicherungsnummer), Angaben zum Versicherungsverhältnis (aufrechte Versicherung, zuständiger Krankenversicherungsträger), Anzahl bereits konsumierter bewilligungsfreier Stunden, Angaben über aktuelle und vergangene Abrechnungen (Name früherer TherapeutInnen, letzte Termine, letzte Abrechnungsform), erfolgte oder beabsichtigte Antragstellung auf Sachleistung für wirtschaftlich Schwache (WS-Antrag), etc.

Sowohl der/die Vollmachtgeber/in als auch der/die Vollmachtnehmer/in verpflichten sich, dass eine vorzeitige Auflösung des Vollmachtverhältnisses unverzüglich, längstens jedoch binnen sieben Tagen der SGKK bekanntgegeben wird, um eine unzulässige Auskunftserteilung zu verhindern.

Die Vollmacht wurde gegeben am:

.....
Unterschrift Vollmachtgeber/in

.....
Unterschrift Vollmachtnehmer/in