

Wien, am 25.04.2013

**Begutachtung von Psychotherapie durch die Krankenkassen
Positionspapier des ÖBVP zum psychotherapiefachlichen und rechtlichen
State of the Art**

Zielsetzung

Mit diesem Positionspapier möchte der ÖBVP PsychotherapeutInnen und Ihre PatientInnen unterstützen und die Krankenkassen-GutachterInnen über Qualitätsstandards bei der Begutachtung von psychotherapeutischer Behandlung informieren, falls es vor oder während einer Psychotherapie zur Begutachtung der Behandlung kommt.

Insbesondere eine Vorladung zur persönlichen Begutachtung löst bei PatientInnen häufig Befürchtungen und Ängste aus: Deshalb sollen PsychotherapeutInnen ihre PatientInnen vorab informieren. Von Seiten der Krankenkassen darf ein besonders sensibler Umgang mit PatientInnen verlangt werden. Die entsprechenden Qualitätsvorgaben finden Sie nun nachfolgend in diesem Merkblatt.

Präambel

Im Mittelpunkt steht die PatientIn mit ihrer krankheitswertigen psychischen Erkrankung (gemäß ICD/DSM in der geltenden Fassung unter Beachtung der Diagnostik-Leitlinie für PsychotherapeutInnen - Bundesministerium für Gesundheit), die eine Indikation für Psychotherapie darstellt.

Allfällige von der Krankenkasse benötigte Gutachten sind entsprechend der psychotherapeutischen GutachterInnenrichtlinie (Bundesministerium für Gesundheit) zu erstellen. Wie bei der Behandlung aller krankheitswertigen Störungen ist der nachhaltigen Besserung oder Stabilisierung im Vergleich zu betriebswirtschaftlichen Überlegungen auch bei psychotherapeutischen Behandlungen der Vorrang zu geben.

Psychotherapeutische Behandlungen erfordern unter Beachtung ökonomischer Grundsätze sowohl in der Durchführung als auch in der Antragsstellung bzw. Begutachtung klare Rahmenbedingungen.

1. Qualitätskriterien, die die Rahmenbedingungen für Psychotherapie betreffen

Das Setting wird nach den Qualitätskriterien (State of the Art) der jeweiligen Psychotherapiemethode definiert. Üblicherweise - über alle Methoden hinweg - dauern Einzeltherapie-Sitzungen mindestens 50 Minuten, Gruppentherapien mindestens 90 Minuten und finden am Berufssitz der PsychotherapeutIn statt.

Sollten diagnose- und zielgruppenspezifische sowie interventionsabhängige Abweichungen im Setting zur Anwendung kommen, sind diese jeweils fachlich zu begründen.

Eine psychotherapeutische Behandlung kann je nach Störungsbild, Schweregrad,

Behandlungsverlauf und Zielsetzungen einer Psychotherapie sowie Behandlungsmotivation der PatientInnen unterschiedlich lange dauern. Die Dauer einer Psychotherapie ist grundsätzlich von der PsychotherapeutIn im jeweiligen Behandlungsprozess zusammen mit der PatientIn festzulegen. Eine allfällige Einschränkung oder „Regeltherapie“-Dauer muss fachlich begründet sein.

Auch die Erhaltung und langfristige Stabilisierung eines erreichten Funktionsniveaus stellt, insbesondere auch bei chronischen Erkrankungen, eine Indikation für Psychotherapie dar.

Generelle Änderungen bezüglich der Rahmenbedingungen sollen von den Kassen nicht ohne Zusammenarbeit mit der Berufsvertretung bzw. insbesondere mit den methodenspezifischen Fachgremien verfügt werden, da eine „zweckmäßige“ und „ausreichende“ Behandlung mit dem jeweils bestehenden State of the Art korreliert, was vom Krankenversicherungsträger berücksichtigt werden muss.

Der Krankenversicherungsträger ist im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften verpflichtet, unter Achtung der persönlichen Integrität der PatientInnen den Leistungsanspruch zu prüfen.

Allfällige individuelle Änderungsempfehlungen (z.B. der Sitzungsfrequenz, Einschränkung der Behandlungsdauer) sind ein Eingriff in eine laufende Krankenbehandlung und können das Behandlungsziel gefährden. Sie sollten keinesfalls über kassenseitige Informationsschreiben an die PatientInnen unter Umgehung der behandlungszuständigen Instanzen/BehandlerInnen kommuniziert werden.

2. Durchführungsbestimmungen der Antragsbearbeitung:

2.1.

Ein Behandlungsantrag muss zumindest Angaben über Krankheitswertigkeit und Diagnose nach jeweils akkordiertem Diagnoseschema (z. B. ICD/DSM) sowie eine Indikationsstellung (Methode, Setting und Behandlungsdauer) beinhalten.

2.2.

Wenn gegen den Antrag kassenseitig kein begründeter Einwand erhoben wird, erfolgt die Genehmigung. Eventuelle Einwände gegen einen Behandlungsantrag sind begründet darzustellen.

2.3.

Die Krankenkassen können einen ausführlichen Befund verlangen, z.B. anlässlich eines Fortsetzungsantrages bei langfristigen Psychotherapien. Ein psychotherapeutischer Befund ist von der PsychotherapeutIn im Auftrag und im Einvernehmen mit der PatientIn zu verfassen. Die behandelnde PsychotherapeutIn hat der PatientIn allfällige weitere zweckdienliche Befunde und fachliche Stellungnahmen zur Verfügung zu stellen.

2.4.

Behandlungsanträge können auch von einer methodenspezifisch besetzten externen Begutachtungskommission bearbeitet werden. Diese Kommission kann Informationen von methoden- und zielgruppenspezifischen Gremien einholen bzw. der Kasse die persönliche Vorladung zu einer GutachterIn empfehlen. Die Kommission berät und teilt der Kasse eine Empfehlung mit.

3. Durchführungsbestimmungen für persönlich durchgeführte Kontrollmaßnahmen:

Über die Antragstellung hinausgehende Kontrollen, insbesondere persönliche Begutachtungen, sind in Anbetracht der Schwierigkeit und Risiken einer Außenbegutachtung nur stichprobenartig oder bei begründetem Missbrauchsverdacht zulässig. Es ist zu berücksichtigen, dass Art und Zeitpunkt solcher Maßnahmen so zu gestalten sind, dass der psychische Gesundheitszustand der PatientInnen so gering wie möglich gefährdet wird.

4. Begutachtung psychotherapeutischer Behandlungen im rechtlichen Kontext

Eine Außenbegutachtung psychotherapeutischer Leistungen ist als Qualitätssicherung im Sinne der ASVG - § 133 Abs. 2 - Trias (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich) und § 134 Abs. 1 (für die Dauer von Krankheit) gerechtfertigt, wobei dasselbe ASVG-§ 31 Abs. 5 - fundierte Prinzip von Richtlinien (über die Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze) bei der kassenseitigen Antragsbearbeitung und Begutachtung gilt: „Durch diese Richtlinien darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden.“ Der Krankenversicherungsträger ist verpflichtet, zu prüfen, ob die jeweils vorgeschlagene Behandlungsmethode der §-133-Abs. 2-Trias entspricht. Ihm obliegt die Entscheidungskompetenz über den jeweiligen mittels einer Indikation begründeten Antrag. Die Diagnose- und Indikationsstellung liegen im Bereich der Behandlungsautonomie.

5. Durchführungsbestimmungen der Begutachtung

5.1.

Die Begutachtung findet entweder durch den Sozialversicherungsträger statt oder

5.2.

im Kassen-Auftrag durch eine kassenunabhängige - dem ASVG verpflichtete - GutachterIn (einen kassenunabhängigen - dem ASVG verpflichteten - GutachterIn) (eingetragen in die Liste der GutachterInnen / Liste der Gerichtssachverständigen).

5.3.

Das Gutachten ist gemäß Gutachterrichtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit nachvollziehbar und begründet aufzubauen. Bisherige Anträge, vorhandene Unterlagen über den Krankheitsverlauf und übermittelte Befundberichte müssen bei der Begutachtung berücksichtigt werden.

5.4.

Die Begutachtung hat durch fachlich qualifizierte PsychotherapeutInnen mit entsprechender (methodenspezifischer) Zusatzbezeichnung zu erfolgen. Die psychotherapeutischen GutachterInnen haben einem Anforderungsprofil (siehe Standards für die Zertifizierungsprüfung von Gerichtssachverständigen im Sachgebiet Psychotherapie) zu entsprechen.

5.5.

PsychiaterInnen ohne (methodenspezifische) Zusatzbezeichnung der BMG-PsychotherapeutInnenliste sind für derartige Begutachtungen nur zuzulassen, wenn sie infolge methodenspezifischer Psychotherapieausbildung die Kompetenz erworben haben, eine psychotherapeutische Behandlung, deren Verlauf und deren methodenspezifischen Standard zu begutachten.

5.6.

Der gutachterliche Kassenentscheid ist der PatientIn mit einer ausreichenden und nachvollziehbaren Begründung zu übermitteln.

6. Bei unversöhnlichen Standpunkten ist der Rechtsweg zum Arbeits- u. Sozialgericht zu beschreiten.

Mit freundlichen Grüßen
Für den ÖBVP
Dr.ⁱⁿ Eva Mückstein
Dr. Franz Huber

Rechtswissenschaftliche Literatur:

* Scholz, Peter (HV d. Soz. Vers. Träger) „Psychotherapeutische Krankenbehandlung“ in Soziale Sicherheit 10/99: Zu § 133 Abs. 2 „zweckmäßig“: Nur durch diese Therapie - nicht durch andere gleichwirksame kostengünstigere Behandlungs-Maßnahmen - kann das Behandlungsziel erreicht werden und darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Zu Behandlungsautonomie: Diagnose und therapeutische Maßnahmen inkl. Indikationsstellung sind Sache des Behandlers (ÄrztIn / PsychotherapeutIn). In Berücksichtigung ökonomischer Grundsätze darf gem. ASVG § 31 Abs. 5 „der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet“ werden. „Die Eigenverantwortlichkeit der...PsychotherapeutIn bleibt...unberührt. Die ChefärztIn bzw. der PsychotherapeutIn der Kasse ist nicht berechtigt, in die Behandlung unmittelbar einzugreifen“.

* OLG Wien 24.05.2007: ... Krankenbehandlung ist zweckmäßig, wenn sie qualitativ geeignet ist, Gesundheit/Selbsthilfefähigkeit zu bessern...ist ausreichend, wenn qualitativ geeignete Maßnahmen intensiv genug angewendet werden,...Maß des Notwendigen: in der Methodenwahl (bei wirkungsgleichen die billigeren), die die Versichertengemeinschaft am wenigsten belastet... Wesentliche Bedeutung kommt der von ÄrztIn im Einvernehmen mit der PatientIn festgelegten Methode zu.

* Pfeil, Walter: Rahmenbedingungen und Reichweite psychotherapeutischer Behandlungen in der gesetzlichen KV, Symposium Psychische Gesundheit, SV Wissenschaft, 8.10.2010, Salzburg: PT-Krankenbehandlung ist der ärztlichen Hilfe gleichgestellt... Kein a-priori-Ausschluss bestimmter PT-Formen oder PT/Innen oder Störungen (VfGH 2010, V21/09),..., Prüfung der Voraussetzungen erfolgt im Einzelfall, ...Begrenzungen nur, wenn nicht mehr behandlungsbedürftig oder Behandlung nicht mehr zweckmäßig, ...Eingriffe nur ausnahmsweise, Beweislast und Mitteilungspflicht beim Krankenversicherungsträger.