



**Tiefenpsychologisch-
Psychoanalytische
Dachgesellschaft**

Salzgries 16
1010 Wien, Austria
t +43 1 513 40 27
office@tpd.or.at

Die **Tiefenpsychologisch-Psychoanalytische Dachgesellschaft (tpd)** wurde 1995 als Dachverband jener psychotherapeutischen Gesellschaften in Wien gegründet, die einem psychoanalytischen Behandlungsverfahren und der Ausbildung psychoanalytisch arbeitender Psychotherapeut_innen verpflichtet sind. Heute versteht sich die tpd, der inzwischen nahezu alle österreichischen psychoanalytischen Vereine des psychodynamischen Clusters im ministeriellen Psychotherapie-Beirat als Mitglieder angehören, als bundesländerübergreifende Interessenvertretung.

Zum Spektrum der psychoanalytischen Verfahren zählen nachhaltig wirksame und kosteneffiziente Methoden, welche in bestimmten Indikationsbereichen die Therapie der Wahl darstellen und deren Ergebnis mit anderen Methoden nicht erreicht werden kann.

In den vergangenen Jahren haben Hochfrequenz und Langfristigkeit der psychoanalytischen Methoden trotz evidenzbasierter Nachhaltigkeit und Kosteneffizienz immer wieder zu Auffassungsunterschieden über den Indikationsbereich und zu Problemen bei der Antragstellung geführt. Bewährte Modelle des Bewilligungsverfahrens wurden einseitig von Krankenversicherungsträgern aufgekündigt, Patient_innen verunsichert, Behandlungsverläufe durch die Unsicherheit der Kostenübernahme negativ beeinflusst. Ziel der tpd ist es, zur Etablierung nachvollziehbarer, stabiler und ASVG-konformer Rahmenbedingungen im Sozialversicherungswesen beizutragen, damit Patient_innen bei entsprechender Indikation einen verbindlich gesicherten Zugang zu diesen hochwirksamen Therapien erhalten können.

Im vorliegenden Papier wird versucht, die mittel- und hochfrequenten Verfahren, ihre Notwendigkeit und ihren spezifischen Einsatz darzustellen (Teil 1) und präzise Indikationskriterien zu formulieren (Teil 2). Darüber hinaus werden Kriterien zur Qualitätssicherung von Bewilligungs- und etwaigen Begutachtungsverfahren vorgeschlagen (Teil 3).

Mitgliedsvereine

APLG – Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz

IAP – Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse

ÖAGG/GPA – Fachsektion Gruppenpsychoanalyse

ÖGAP – Österreichische Gesellschaft für Analytische Psychologie

ÖVIP – Österreichischer Verein für Individualpsychologie

SAP – Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse

Univ.-Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der MUW

WAP – Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse

WKPS – Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie

WPAk – Wiener Psychoanalytische Akademie

WPV – Wiener Psychoanalytische Vereinigung

MITTEL- UND HOCHFREQUENTE PSYCHOANALYTISCHE KRANKENBEHANDLUNG

Behandlungsziel, Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und ausreichendes Behandlungsausmaß von mittel- und hochfrequenten Verfahren als kassenunterstützte Krankenbehandlung im Rahmen des ASVG.⁽¹⁾

Die Psychoanalyse und die aus ihr entwickelten psychoanalytischen/psychodynamischen Psychotherapieverfahren zielen neben der Behebung der aktuellen Krankheitssymptomatik auf eine Besserung der krankheitsauslösenden und -aufrechterhaltenden Störungen der Persönlichkeitsorganisation ab, welche insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen und bei chronifizierten Krankheitsverläufen notwendig ist, um eine anhaltende Besserung der Symptomatik zu erreichen.

In den hoch- und mittelfrequenten psychoanalytischen Krankenbehandlungsverfahren werden die in der Früh-Entwicklung fixierten pathologischen Objektbeziehungsmuster und die komplexe strukturelle Pathologie in der therapeutischen Übertragungsbeziehung diagnostisch und therapeutisch zugänglich gemacht.

Erst die Frequenzdichte lässt eine Übertragungssituation entstehen, die es im Verein mit der gleichzeitig erzielten Haltefunktion des Settings erlaubt, dass quasi „in situ“ erkrankungsursächliche, unbewusste frühe Traumata, Konflikte und damit verbundene Abwehrmechanismen, welche zur pathologischen psychischen Struktur geführt haben, sichtbar und bewusst werden können – ein Vorgang, der in der hochfrequenten Psychoanalyse durch die liegende Position zusätzlich unterstützt wird.

Der solchermaßen erzielte Bewusstwerdungsprozess und ein mit den aktuellen reflexiven Möglichkeiten in der nötigen emotionalen Tiefe ermöglichtes Durcharbeiten führen zu einer nachhaltigen Verbesserung von Strukturniveau und Erkrankungsdisposition und dienen dem Zweck der Wiederherstellung der „Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen“ (ASVG § 133).

Vergleichbar mit komplexen Untersuchungs-, Operations- und Rekonstruktionsprozessen der Körpermedizin erfordert diese Zielsetzung die Voraussetzung eines gesicherten Behandlungsrahmens mit störungsangepasst ausreichender Behandlungsfrequenz und Behandlungsdauer.

Zusammenfassung der wesentlichen Parameter zur Indikationsstellung für mittel- und hochfrequente psychoanalytische Krankenbehandlung:

a. Die Kriterien der Indikationsstellung umfassen die manifeste Symptomatik, das Strukturniveau und den Krankheitsverlauf, sie berücksichtigen außerdem den sozialen und organisatorischen Rahmen. Mittels einer in der Regel mehrere Stunden dauernden psychoanalytischen Untersuchung (=Strukturdiagnostik) wird zur Indikationsstellung neben der intrapsychischen Konfliktdynamik das strukturelle Störungsmuster, sein Ausmaß und seine Krankheitswirksamkeit erfasst.

b. Zielsetzung der Behandlung ist eine über die Bewältigung des Aktualkonflikts und des krankheitsauslösenden intrapsychischen Konflikts hinausgehende nachhaltige Verbesserung des psychischen Strukturniveaus, soweit dieses krankheitsaufrechterhaltend wirksam ist.

c. Dies kann nur durch Bearbeitung der unbewussten, konflikt- und abwehrdynamisch bedingten Ichfunktionsstörungen und internalisierten dysfunktionalen Objektbeziehungsmuster erreicht werden. Die dafür erforderliche Sitzungsdichte ist abhängig von den jeweiligen intrapsychischen Bedingungen im Einzelfall festzulegen.

d. Eine erzielte Veränderung pathologischer Strukturanteile führt zu nachhaltiger Symptomverbesserung mit Rezidiv-Reduktion und ist dadurch langfristig kosteneffizient und wirtschaftlich. (2)

1

Die angeführten Verfahren entsprechen dem österreichischen ASVG und der zitierten Rechtsliteratur:

ASVG § 31(5)10 „Durch...Richtlinien (ökonomischer Grundsätze) darf der Zweck der Krankenbehandlung nicht gefährdet werden.“

ASVG § 133.(2) „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden...“ **ASVG § 134. (1)** „Die Krankenbehandlung wird während der Versicherung für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung gewährt...“

ASVG § 135. (1) „der ärztlichen Hilfe gleichgestellt: 3. eine psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind“

Peter Scholz (HVSVTr), Psychotherapeutische Krankenbehandlung, 1999: Zu § 133 Abs. 2 „zweckmäßig“: „Nur durch diese Therapie - nicht durch andere gleichwirksame kostengünstigere Behandlungs-Maßnahmen - kann das Behandlungsziel erreicht werden.“

OLG Wien f. Arbeits-u. Sozialrecht, 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 vom Arzt im Einvernehmen mit dem Pat. festgelegten Methode zu.“ (*nur wirkungsgleiche billigere, nicht beliebige billigere*)

ASG Wien 09/2008: „Bei der Beurteilung der Zweckmäßigkeit der Heilbehandlung § 133 Abs.2 ist darauf Bedacht zu nehmen, dass nicht nur ein Symptom,...sondern vielmehr die Ursache der behaupteten psychischen Erkrankung beseitigt werden soll... entspricht der herrschenden Ansicht, dass im Regelfall eine „ärztliche“ Behandlung des Grundleidens der reinen Symptombehandlung vorzuziehen ist...“

2

Eine von der Medizinischen Universität Wien vorliegende Auswertung (2014) von 13 Katamnese-studien, 9 quasi-experimentellen Studien und 4 randomisiert-kontrollierten Studien (insgesamt über 7000 Behandlungen erfassend) kommt zum Schluss, dass hochfrequente Psychoanalyse ein wirksames Psychotherapieverfahren ist, das bei einem Großteil der Patient_innen zu signifikanten und anhaltenden Verbesserungen des Gesundheitszustandes führt.

Belege aus randomisiert-kontrollierten Therapiestudien zeigen, dass die Psychoanalyse anderen Therapieverfahren bei längerer Therapiedauer (ab ca. 3 Jahren) signifikant überlegen ist und weisen insbesondere nach, dass die Effekte der Psychoanalyse (anders als in den Kontrollgruppen) auch nach Ende der Behandlung weiter zunehmen. Die nachhaltige Gesundheit steht mit zwei Faktoren, der Hochfrequenz in Kombination mit der psychoanalytischen Technik, in Zusammenhang (Zimmermann, Löffler-Stastka, 2015).

Aus differenzierten Meta-Analysen der verfügbaren Kosten-Effektivitäts-Studien (de Maat et al., 2007 und 2013) geht hervor, dass Psychoanalyse zwar teurer ist als andere Psychotherapien, aber zu einer nachhaltigen Senkung der Gesundheitskosten führt. Diese Reduktion entsteht durch verminderte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und weniger Arbeitsunfähigkeitstage (Seitz et al., 2019). Die Analysen amortisieren sich nach ca. 3 Jahren.

INDIKATIONSKRITERIEN FÜR KASSENUNTERSTÜTZTE PSYCHOANALYTISCHE KRANKENBEHANDLUNG



Tiefenpsychologisch-
Psychoanalytische
Dachgesellschaft

Salzgries 16
1010 Wien, Austria
t +43 1 513 40 27
office@tpd.or.at

1 Indikation für niederfrequente psychoanalytische/psychodynamische Verfahren mit der Regelsitzungsfrequenz von 1 Sitzung/Woche

Bei *Aktualkonflikten* bzw. *aktualisierten frühen Konflikten mit reaktiver und umschriebener Symptomatik*. Die Methodik ist eine Ich-stützende konfliktzentrierte Psychotherapie unter Beachtung von Unbewusstem, Widerstand und Übertragung ohne vertieftes Durcharbeiten im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen.

2 Indikation für mittelfrequente psychoanalytische/psychodynamische Verfahren mit der Regelsitzungsfrequenz von 2 Sitzungen/Woche in einem Behandlungsrahmen von mehreren Jahren

2.1 Wenn die *vorliegende Aktual-Symptomatik so drängend und belastend* ist, dass ein niederfrequentes Setting keine ausreichende Haltefunktion für die erforderliche Problembearbeitung bietet und/oder wenn zur nachhaltigen Veränderung der Aktual-Symptomatik *die zugrundeliegende strukturelle Ebene erreicht werden muss*.

2.2 Bei Patient_innen mit einer *chronifizierten umschriebenen Problematik*, insbesondere wenn im bisherigen Krankheitsverlauf niederfrequente Verfahren keine anhaltende Symptombesserung erbracht haben bzw. eine solche aufgrund der strukturellen Pathologie im Rahmen einer niederfrequenten Behandlung nicht zu erwarten ist.

2.3 Wenn *nicht-kontrollierbares Agieren* von Patient_innen mit emotional instabilen (ICD-10: F60.3) oder ähnlichen Persönlichkeitsstörungen vorliegt, dessen Reduktion das vorerst wichtigste Therapieziel darstellt; hier können auch spezielle psychoanalytische Behandlungstechniken zur störungsspezifischen Borderline-Behandlung wie z.B. Übertragungs-fokussierte Psychotherapie (TFP) indiziert sein.

2.4 Wenn Patient_innen aufgrund ihrer mit der Symptomatik einhergehenden *Einschränkungen von Belastbarkeit* oder aufgrund derzeitiger *sozialer und organisatorischer Rahmenbedingungen* nicht in der Lage sind, sich einer eigentlich indizierten hochfrequenten Behandlung zu unterziehen.

Im Anschluss an derartige mittelfrequente Symptomstabilisierungen oder nach Veränderungen der zuvor einschränkenden Rahmenbedingungen kann abhängig von der Ausprägung der strukturellen Einschränkung eine Umwandlung in eine hochfrequente Psychoanalyse indiziert sein.

Mitgliedsvereine

APLG – Arbeitskreis für Psychoanalyse Linz/Graz

IAP – Innsbrucker Arbeitskreis für Psychoanalyse

ÖAGG/GPA – Fachsektion Gruppenpsychoanalyse

ÖGAP – Österreichische Gesellschaft für Analytische Psychologie

ÖVIP – Österreichischer Verein für Individualpsychologie

SAP – Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse

Univ.-Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie der MUW

WAP – Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse

WKPS – Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie

WPAk – Wiener Psychoanalytische Akademie

WPV – Wiener Psychoanalytische Vereinigung

3 Indikation für hochfrequente Psychoanalyse Sitzungsfrequenz: In der Regel 4 Sitzungen/Woche in einem Behandlungs- rahmen von mehreren (in der Regel 4 bis 5) Jahren

Bei psychischen Störungen mit *verfestigten und chronifizierten Abwehrstrukturen und dysfunktionalen Beziehungsmustern*, die eine pathologische Konfliktlösung aufrechterhalten und damit einer Veränderung der jeweils vorliegenden Krankheits-symptomatik entgegenwirken.

Zu diesem speziellen Indikationsbereich, der aufgrund der Komplexität und Subjektivität intrapsychischer Bedingungen nicht allein in nosologischer Einteilung definierbar ist, zählen neben *Persönlichkeitsstörungen im engeren Sinne* psychische Störungen verschiedenartiger Symptomausprägung, in deren Krankheitsverlauf *Chronifizierung, ausgeprägte soziale Beeinträchtigung und/oder Therapieresistenz gegenüber anderen Behandlungsmaßnahmen vorherrschen.*⁽³⁾

Solche Störungen können zu erheblichen krankheitswertigen Einschränkungen der Fähigkeit führen, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, und haben gravierende negative Auswirkungen auf den gesamten Lebensverlauf. Zu ihrer anhaltenden Besserung bedarf es einer tiefgreifenden Veränderung der Persönlichkeitsorganisation, welche nur mittels intensiven Durcharbeitens der Problematik im Übertragungs-/Gegenübertragungsgeschehen in dichter Sitzungsfrequenz erreichbar ist.

Vorbedingung für die hochfrequente Psychoanalyse ist, dass im Einzelfall bestimmte Persönlichkeitsvoraussetzungen (wie Motivation, Introspektionsfähigkeit und Fähigkeit, die mit der hochfrequenten Behandlung einhergehenden Belastungen tolerieren zu können) vorhanden sind, die das Erreichen der Behandlungsziele wahrscheinlich machen.

3

Abhängig von der jeweiligen individuellen Konstellation ist die Hochfrequenz indiziert:

a) Wenn sich in der Symptomatik eine besondere *Intensität der Regression* zeigt, die im Behandlungsgeschehen erfasst werden muss, oder wenn eine besondere *Tiefe der Regressionsneigung* vorliegt, dh. die Psychopathologie auf besonders frühen innerseelischen Konflikten beruht.

b) Wenn *frühe Verlusterfahrungen eine entscheidende Rolle* bei der Bildung psychischer Strukturen gespielt haben, deren Bearbeitung eine verstärkte Haltefunktion benötigt.

c) Wenn Abwehrmechanismen wie *Verleugnung, Affektisolierung oder Intellektualisierung* jeden therapeutischen Zugang zur Konfliktbearbeitung insofern behindern, als die etablierte Abwehrkonstellation durch narzisstische Erfolge eine permanente Selbstverstärkung erfährt und die Pathologie ichsynon erlebt wird.

d) Wenn *pathogene Phantasien charakterlich fixiert* sind, dh. die unbewussten Konflikte strukturell in (bisweilen relativ symptomarmen) Charakterneurosen gebunden sind.

e) Wenn Tendenzen zu *Spaltung und projektiven Mechanismen* vorherrschen und *pathogene Phantasien von Ungeschiedenheit und Omnipotenz* die Qualität der Objektbeziehungen bestimmen.

f) Wenn eine derart ausgeprägte *Störung der narzisstischen Selbstwertregulation* vorliegt, dass virulente Phantasien von der Zerstörung des Objekts (und die mit dem Verlust von Objekt und Außenwelt einhergehende Angst vor Zerstörung des Selbst) nur in dichter Frequenz als phantasmatisches Geschehen erkannt und durchgearbeitet werden können.

g) Bei *ausgeprägten destruktiven Impulsen und destruktiver Einstellungsbereitschaft gegenüber neuen Erfahrungen*, die sich in Form einer negativen therapeutischen Reaktion ausdrücken und die, wenn sie im Behandlungsgeschehen nicht in dichten Schritten erfasst werden, zu Manifestationen wie unbewussten Selbstverletzungen, wiederholten Therapieabbrüchen, doctor-shopping oder symptom-shifting führen können.

h) Bei Störungen mit *Einschränkung oder Verlust der Symbolisierungs- bzw. Mentalisierungsfähigkeit und der Selbst-Objektdifferenzierung*, wenn konkretes Erfordernis besteht, dass der/die Psychotherapeut_in als reales Objekt ausreichend engmaschig zur Verfügung steht.

Zur Gewichtung der individuellen Konstellation von Symptomatik, strukturellen Faktoren und vorherrschenden Konflikten vgl. auch: Danckwardt, J., Gattig, E, (1996): Die Indikation zur hochfrequenten analytischen Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung.

QUALITÄTSSICHERUNG DES BEWILLIGUNGS-PROCEDERES FÜR MITTEL- UND HOCHFREQUENTE PSYCHOANALYTISCHE BEHANDLUNGEN

Für die Indikation zu mittel- und hochfrequenten psychoanalytischen Verfahren liegen definierte Kriterien vor, die über die Indikationskriterien für niederfrequente Behandlungen hinausgehen. Es ist davon auszugehen, dass diese mehrere Sitzungen pro Woche erfordernden und mehrere Jahre dauernden Behandlungen nur einen kleinen Anteil aller Psychotherapie-Kassenleistungen ausmachen.

Zur bestmöglichen Vermittlung des jeweiligen Krankheitsbildes für eine Überprüfung durch den Krankenversicherungsträger ⁽⁴⁾, ob die Leistungsverpflichtung für eine mittel- oder hochfrequente psychoanalytische Behandlung im Sinne des ASVG im Einzelfall zutrifft, schlagen wir vor, für diesen Indikationsbereich besondere formale Grundlagen für ein Bewilligungsprocedere zu installieren.

Da der Bereich mittel- und hochfrequenter Psychotherapie sowohl das aktuelle System von Sachleistungen als auch Zuschussleistungen betrifft, sind beide Finanzierungsmodelle zu berücksichtigen und – für den Fall einer diesbezüglichen Notwendigkeit – auch Umstiegskriterien von Sach- auf Zuschussleistung zu definieren, um die Möglichkeit der Fortführung der Behandlung bis zur Erreichung der Therapieziele zu gewährleisten ⁽⁵⁾.

Vorschläge für das Bewilligungsprocedere:

1. Eine, auf eine formale Vorlage (z.B. Formblatt mit Schreibfeldern) gestützte, schriftlich ausgefertigte Indikationsstellung, die den definierten Kriterien für mittel- bzw. hochfrequente psychoanalytische Behandlungen Rechnung trägt, sollte als Hauptinstrument zur Begründung eines Anspruchs von Patient_innen auf eine kassenunterstützte Behandlung installiert werden.
2. Um die schriftliche Indikationsstellung als aussagekräftiges Instrument einsetzen zu können, muss sichergestellt sein, dass über mitgeteilte inhaltliche Geheimnisse in der Indikationsstellung die psychotherapiegesetzliche Verschwiegenheit gewahrt bleibt (am besten gewährleistet durch Anonymisierung der schriftlichen Indikationsstellung).
3. Zur krankenversicherungsträger-seitigen begutachtenden Beurteilung dieser schriftlichen Indikationsstellung bedarf es abgesehen von der verbindlichen Vereinbarung eines klar definierten Indikationsrahmens (vgl. Papier „Indikationskriterien für kassengestützte psychoanalytische Behandlungen“), auch ausreichend hoher methodenspezifischer Kenntnisse der Bearbeiter_innen.
4. Bei inhaltlichen Unklarheiten in dieser schriftlichen Indikationsstellung sollte zur Vermeidung von Störungen des Behandlungsverlaufes zunächst eine Klärung mit den Behandler_innen gesucht werden. Gegebenenfalls könnte zusätzlich verlangt werden, dass patient_innenseits ein psychiatrischer Befund (nach Möglichkeit von einem Facharzt oder einer Fachärztin mit methodenspezifischer Qualifikation) beigebracht wird.



**Tiefenpsychologisch-
Psychoanalytische
Dachgesellschaft**

Salzgries 16
1010 Wien, Austria
t +43 1 513 40 27
office@tpd.or.at

Mitgliedsvereine

APLG – Arbeitskreis für
Psychoanalyse Linz/Graz

IAP – Innsbrucker Arbeitskreis
für Psychoanalyse

ÖAGG/GPA – Fachsektion
Gruppenpsychoanalyse

ÖGAP –
Österreichische Gesellschaft
für Analytische Psychologie

ÖVIP – Österreichischer
Verein für Individual-
psychologie

SAP – Salzburger Arbeitskreis
für Psychoanalyse

Univ.-Klinik für Psychoanalyse
und Psychotherapie der MUW

WAP – Wiener Arbeitskreis
für Psychoanalyse

WKPS – Wiener Kreis
für Psychoanalyse und
Selbstpsychologie

WPAk – Wiener
Psychoanalytische Akademie

WPV – Wiener Psycho-
analytische Vereinigung

5. Eine Vorladung zu persönlicher Patient_innen-Begutachtung durch kassenbeauftragte Psychiater_innen bzw. Psychotherapeut_innen sollte zur Hintanhaltung möglicher dadurch ausgelöster Behandlungskomplikationen nur im Sonderfall erfolgen (wenn man diese rechtlich zustehende Möglichkeit der Entscheidungsfindung für unverzichtbar hält). Im Sinne einer höchstmöglichen Transparenz sollte die Begründung solcher Begutachtungs-Vorladung Patient_innen und Behandler_innen in einem angemessenen Zeitabstand zur geplanten Untersuchung mitgeteilt werden ⁽⁶⁾.

Eine derartige persönliche Begutachtung ist zweifellos eine erhebliche (deshalb geringzuhaltende) Patient_innen-Belastung, sie ist auch gem. rechtswissenschaftlichem Standpunkt (siehe Anmerkung ⁴) nur „ausnahmsweise“ angezeigt (plausibel etwa bei Verdacht auf Missbrauch).

Zur Wahrung eines ausreichenden Qualitätsstandards und um die bisherigen behandler_innenseitigen Indikationsstellungen adäquat berücksichtigen zu können, ist an die Gutachter_innen die Anforderung einer methoden-spezifischen Ausbildung im Rahmen des psychoanalytischen Spektrums zu stellen ⁽⁷⁾.

In der klinisch-begutachtenden Untersuchung, für die ausreichend Zeit zur Verfügung stehen sollte, ist auf die potentielle Fragilität von Patient_innen Bedacht zu nehmen, deren persönliche Integrität zu wahren und die psychotherapeutische Beziehung als etwas für die Patientin_den Patienten qualitativ Wertvolles zu respektieren.

6. Ein direktes Eingreifen in die Krankenbehandlung durch kassenbeauftragte Sachbearbeiter_innen/Gutachter_innen (z.B. durch Nahelegen von anderen Therapiemethoden, von Stundenreduktion, von Psychopharmaka etc...) ist nicht Aufgabe einer Lege-artis-Begutachtung, führt zu Komplikationen im Behandlungsverlauf und muss daher vermieden werden ⁽⁸⁾.
7. Im Fall einer Antrags-Ablehnung sollte vom Krankenversicherungsträger – neben der Mitteilung an die Patient_innen – auch den Behandler_innen, unter Eingehen auf deren Indikationsstellung (und auf eine ggf. erfolgte Begutachtung), eine Begründungs-Zusammenfassung der Entscheidung schriftlich übermittelt werden.

4

Rechtswissenschaftler Walter Pfeil betont 2010 („Rahmenbedingungen und Reichweite psychotherapeutischer Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung“): "Kein a-priori-Ausschluss bestimmter PT-Formen oder PT/inn/en (vgl. auch VfGH 2010, V 21/09)... Prüfung der Voraussetzungen erfolgt im Einzelfall, ...Begrenzungen nur, wenn nicht mehr behandlungsbedürftig oder Behandlung nicht mehr zweckmäßig, ...Eingriffe nur ausnahmsweise, Beweislast und Mitteilungspflicht beim KVTr.“

5

Zwar ist der Krankenversicherungsträger berechtigt, eine Limitierung der Sachleistungen aus ökonomischen Gründen zu verfügen, aber nicht des Kostenzuschusses, wenn im beantragten Einzelfall eine §-133-2-Trias weiterbesteht.

6

ASV-gesetzlich-gerechtfertigte Fragestellung der Begutachtung ist, ob die angesuchte Psychotherapie vorgeladener Patient_innen den ASV-gesetzlichen Bestimmungen entspricht bzw. inwiefern nicht entspricht.

7

Positionspapier des ÖBVP zur Begutachtung von (kassenfinanzierter) Psychotherapie durch die Krankenkassen 2013:..., „Psychiaterinnen (Psychiater) ohne (methodenspezifische) Zusatzbezeichnung der BMG-Psychotherapeutenliste 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“.

8

Peter Scholz (HVSVTr) 1999 zur Behandlungsautonomie: „Die Eigenverantwortlichkeit des...Psychotherapeuten bleibt...unberührt. Der Chefarzt bzw. der Psychotherapeut der Kasse ist nicht berechtigt, in die Behandlung unmittelbar einzugreifen.“ (Diagnose- und Indikationsstellung liegen im ASVG-Behandler_innenautonomie-Bereich. Krankenkassenseitig können Modifikationen folglich nicht verordnet, sondern nur - um auf größere Bewilligungs-Chancen eines derart modifizierten Antrages bei ansonsten anfallender Ablehnung hinzuweisen - nahegelegt werden).