



Empfehlungen zur Meldung von und Berichterstattung über Psychotherapien

1. Meldung nach 6 Sitzungen

1.1. Was ist zu melden, was ist nicht zu melden?

Definition gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV), Artikel 2:

„Unter Psychotherapie wird eine Form der Therapie psychischer und psychosomatischer Erkrankungen verstanden, die vorwiegend auf der sprachlichen Kommunikation beruht und auf einer Theorie des normalen und pathologischen Verhaltens sowie einer ätiologisch orientierten Diagnostik aufbaut. Sie beinhaltet die systematische Reflexion und kontinuierliche Gestaltung der therapeutischen Beziehung, zeichnet sich durch regelmässige und vorausgeplante Therapiesitzungen aus und strebt mittels lehrbarer Techniken ein definiertes therapeutisches Ziel an.“

Zu melden sind:

- Nach dem 1. Januar 2007 begonnene Psychotherapien, die voraussichtlich mehr als 10 Sitzungen beanspruchen werden,
- ausschliesslich wenn durchgeführt durch:
 - a) Psychiater und Psychiaterinnen,
 - b) Ärzte und Ärztinnen, welche gemäss Dignitätskonzept Tarmed psychiatrische fachärztliche Leistungen verrechnen dürfen, oder
 - c) durch nichtärztliche Psychotherapeuten/ -therapeutinnen im Rahmen der „delegierten Psychotherapie“ gemäss Tarmed.

Nicht zu melden sind:

- Psychotherapien im Rahmen von Integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen (IPB) oder von sozialpsychiatrischen Behandlungen, sofern die Psychotherapie nicht das wichtigste Element der Behandlung darstellt.
Beispiele von Behandlungen, die nicht zu melden sind:
 - die Behandlung einer schwer depressiven Person, bei der eine Psychotherapie (noch) nicht möglich ist
 - die Behandlung einer suchtkranken Person mit psychosozialen Problemen.IPB ist insbesondere von Bedeutung in der Langzeitbehandlung von Patienten/innen mit Schizophrenie oder hirnganischen Störungen. Chronizität einer psychiatrischen Erkrankung und Komorbiditäten sind weitere Faktoren, welche eher eine Integrierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung als eine Psychotherapie nahe legen.
- Kriseninterventionen. Sofern der/die Patient/Patientin nach der Krisenintervention psychotherapeutisch weiterbehandelt wird, ist aber eine Meldung erforderlich.

Im Zweifelsfall sind psychiatrische Behandlungen mit einem Psychotherapie-Anteil zu melden. Der/die Vertrauensarzt/-ärztin teilt dem Versicherer gestützt auf die Meldung mit, ob die gemeldete Behandlung einer Psychotherapie gemäss Verordnung entspricht und den vorliegenden Bestimmungen unterliegt.

1.2. Wann und wie ist die Meldung einzureichen?

Die Meldung muss nach sechs, spätestens nach neun Sitzungen vollständig ausgefüllt und unterzeichnet werden. Zweck und Inhalt der Meldung sowie der Informationsfluss (siehe unten: Punkt 1.4.) sind dem/der Patienten/Patientin zu erläutern. Diese/r unterzeichnet die Meldung ebenfalls und bestätigt so, dass er/sie vom Inhalt der Meldung und von dem Meldeprozedere Kenntnis genommen hat. Kinder und Jugendliche, die urteilsfähig sind, unterzeichnen die Meldung selber, selbst wenn sie noch nicht mündig sind; andernfalls unterzeichnet der/die gesetzliche Vertreter/Vertreterin die Meldung. Die

Meldung muss datiert in einem verschlossenen Couvert an den/die Vertrauensarzt/ -ärztin des zuständigen Versicherers gesandt werden.

Die Meldung ist wie folgt zu adressieren:

An den Vertrauensarzt
(Name des Versicherers)
(allenfalls Sektion)
(Adresse)

1.3. Bemerkungen zu einzelnen Feldern

Versicherte/r, Versicherer /Versicherungsnummer: Sofern der Versicherer den Versicherten Klebeetiketten mit der Versichertennummer mit oder ohne Strichcode abgibt, ist ein solcher Kleber auf die Meldung anzubringen. Die Meldung ist vom/ von der Versicherten zu unterzeichnen.

Meldende/r Arzt/Ärztin: Die Meldung wird vom / von der behandelnden Arzt/Ärztin erstattet und unterzeichnet. Wenn die Psychotherapie von einem/r delegiert arbeitenden Psychotherapeuten/in durchgeführt wird, ist zusätzlich dessen Name anzugeben. Für Rückfragen ist die Telefonnummer des Arztes / der Ärztin (allenfalls mit Angaben zur Erreichbarkeit) anzugeben. Email darf zur Kommunikation zwischen Psychotherapeut/ -therapeutin und Vertrauensarzt/-ärztin oder Versicherer nur über einen geschützten Zugang verwendet werden.

Antrag des/der Psychotherapeuten/ -therapeutin: Es ist anzugeben, für wie viele Sitzungen die Kostengutsprache beantragt wird

Diagnose: Es handelt sich um die vorläufige Diagnose zum Zeitpunkt der Meldung. In jedem Falle ist die Hauptdiagnose anzugeben, allenfalls Neben- und Differentialdiagnosen. Die Diagnose/n ist/sind codiert nach ICD-10 anzugeben, so präzise (Anzahl Stellen) wie zu diesem Zeitpunkt möglich.

Wichtige Zusatzinformationen: Hier sollen Informationen angeführt werden, die für die Beurteilung des Therapieziels und der vorgeschlagenen Psychotherapie von Bedeutung sein können. Ebenfalls an dieser Stelle sollen weitere Elemente der psychiatrischen Behandlung (z.B. Medikation, sozialtherapeutische Massnahmen, medizinische Massnahmen, etc.) angegeben werden.

Frühere Psychotherapien: Es ist anzugeben, ob in den vergangenen 5 Jahren bereits eine oder mehrere Psychotherapien durchgeführt worden sind. Nota bene: Ausser, wenn es sich um Therapien beim / bei der meldenden Therapeuten/Therapeutin handelt, sind diese Angaben nicht immer valide. Patienten/Patientinnen sind nicht immer in der Lage, retrospektiv ärztliche Gespräche von einer eigentlichen Psychotherapie zu unterscheiden. Es ist auch denkbar, dass sie Psychotherapien, die sie selber bezahlt haben, zu erwähnen vergessen. Die Angaben des/der Patienten/Patientin sind so gut wie möglich zu validieren.

Ziel und Zweck der Behandlung: Das Ziel bzw. die Ziele sollen bezogen auf die drei Ebenen kurz dargestellt werden:

- Symptome
- Bewältigung interpersoneller Probleme
- Funktionsfähigkeit

Voraussichtliche Anzahl weitere Therapieeinheiten: Sofern diesbezüglich noch keine Angaben gemacht werden können, ist dies zu begründen

Modalitäten der Therapie: Hier soll das Therapiesetting kurz beschrieben werden.

1.4. Was geschieht nach der Meldung an den/die Vertrauensarzt/ -ärztin?

Nach Eingang und Prüfung der Meldung durch den/die Vertrauensarzt/ -ärztin gibt diese/r dem zuständigen Versicherer bekannt, ob es sich bei der gemeldeten Behandlung um eine Psychotherapie im Sinne von Artikel 2/3 der KLV handelt, und empfiehlt, ob und für wie viele weitere Konsultationen eine Kostengutsprache erteilt werden soll.

Der Versicherer teilt innerhalb von 15 Tagen nach Eingang der Meldung bei dem/der Vertrauensarzt/ -ärztin dem/der Versicherten (mit Kopie an den/ die meldende/n Arzt/Ärztin und an den/die Vertrauensarzt/ -ärztin) mit, ob es sich bei der gemeldeten Therapie um eine Psychotherapie im Sinne von Artikel

2/3 KLV handelt. Ist dies der Fall, teilt er zusätzlich mit, für wie viele weitere Sitzungen die Kostengutsprache erteilt wird (maximal 30).

Der Ablauf von der Meldung bis zur Erteilung der Kostengutsprache gestaltet sich wie folgt:

1. Meldung an den/die Vertrauensarzt/ -ärztin

2. Der/die Vertrauensarzt/ -ärztin

- formuliert die Empfehlung: Kostenübernahme für xy Sitzungen / keine Kostenübernahme

leitet die Empfehlung an den Versicherten weiter. Der untere Teil des Meldeformulars oder Informationen, die darauf aufgeführt sind, bleiben bei dem/der Vertrauensarzt/ -ärztin.

3. Der Versicherer

- entscheidet, ob und für wie viele Sitzungen die Kosten übernommen werden.
- teilt dem/der Versicherten (mit Kopie an den/die Vertrauensarzt/ -ärztin und den/die meldende/n Arzt/Ärztin) mit, ob und für wie viele Sitzungen die Kosten für die Psychotherapie übernommen werden.

Sofern der Versicherer in strittigen Fällen vom / von der Vertrauensarzt/ -ärztin weitere Informationen oder Begründungen verlangt, richtet sich die Datenweitergabe nach Art. 8 des Vertrauensarztvertrages zwischen FMH und santésuisse.

Falls eine Therapie als Psychotherapie gemeldet wird, aber gemäss Vertrauensarzt/ -ärztin und Versicherer keine Psychotherapie im Sinne der Verordnung darstellt, teilt der Versicherer dies dem/der Versicherten ebenfalls mit.

Die Versicherer verwenden für ihre Mitteilungen an die Versicherten eigene Formulare oder Standardbriefe.

Erhält der/die Versicherte innerhalb von 20 Tagen nach Absenden der Meldung durch den behandelnden Arzt / die behandelnde Ärztin (Datum des Poststempels) keine Mitteilung vom Versicherer, und ist die Gesundheit des Versicherten im Falle eines Therapieunterbruchs gefährdet, kann der/die Psychotherapeut/ -therapeutin die Behandlung bis zum Eintreffen der Mitteilung fortsetzen.

1.5. Datenschutz / Patientengeheimnis

Sofern von allen Beteiligten (Psychotherapeut/in, Vertrauensarzt/ -ärztin, Versicherer, Versicherte) die oben beschriebenen Meldewege eingehalten werden, erfährt der Versicherer keine medizinischen Patientendaten. Die Datenweitergabe des Vertrauensarztes an den Versicherer richtet sich nach Art. 8 des Vertrauensarztvertrages zwischen FMH und santésuisse.

Email darf zur Kommunikation zwischen Psychotherapeut/ -therapeutin und Vertrauensarzt/ -ärztin oder Versicherer nur über einen geschützten Zugang verwendet werden.

Die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen durch die Versicherer ist im übrigen Gegenstand der Überprüfung der Versicherer durch das Bundesamt für Gesundheit.

1.6. Tarifempfehlung

Für das Ausfüllen der Meldung wird die Tarmed-Position 00.2205 als angemessen betrachtet.

2. Bericht vor der 40. Sitzung / jährliche Berichte bei Langzeit-Psychotherapien

Im Falle von Therapien, die mehr als 40 Sitzungen beanspruchen, ist spätestens zwei Wochen vor der 40. Sitzung vom behandelnden Arzt oder der behandelnden Ärztin ein ausführlicher Bericht mit Gesuch um Verlängerung der Kostengutsprache einzureichen. Der Bericht soll nicht länger als zwei Textseiten sein und muss über folgende Punkte Auskunft geben:

- Beschwerden
- Befunde
- Hauptdiagnose (codiert nach ICD-10), relevante Nebendiagnosen

- Wichtige Zusatzinformationen (Diff.diagnose, Komorbidität, soziale und Arbeitssituation, weitere Therapien, etc.)
- Verlauf seit der ersten Meldung bezüglich Beschwerden, Befunden, sozialer und Arbeitssituation, ursprünglich formulierten Therapiezielen
- Psychotherapie: Ziel(e), Methode(n), Modalitäten (Setting), voraussichtliche weitere Anzahl Sitzungen und/oder Dauer der Therapie
- Weitere therapeutische Massnahmen
- Angaben über die Prognose
- Weitere Bemerkungen nach Bedarf

Für den Bericht vor der 40. Sitzung besteht eine Bringschuld der behandelnden Ärzte und Ärztinnen.

Im Falle von lang dauernden Therapien ist wie bisher mindestens jährlich Bericht zu erstatten, wobei der Vertrauensarzt/ -ärztin in Ausnahmefällen längere Berichtsintervalle festlegen kann.

Der Zeitaufwand für das Verfassen der Berichte vor der 40. Sitzung bzw. der jährlichen Berichte kann unter der Verwendung der Tarmed-Positionen 00.2285 und 00.22.95 (letztere maximal zwei mal pro Bericht) in Rechnung gestellt werden.

Relevante weitere Dokumente / Links:

Zum Begriff der Integrierten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung: siehe Weiterbildungsprogramm FMH Psychiatrie und Psychotherapie
www.fmh.ch/de/data/pdf/psychiatrie_version_internet_d.pdf

Vertrauensarztvertrag: siehe
www.fmh.ch/shared/data/doc/vertrauensarztvertrag_definitive_fassung_november_2001.doc

Dignitätskonzept Tarmed: siehe
http://www.fmh.ch/ww/de/pub/dienstleistungen/dignit_tserhebung_2003.htm

Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung: siehe Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. www.samw.ch (unter Ethik / Richtlinien)