

## Zur Diskussion über den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung

Derzeit wird von Personen aus dem Krankenversicherungsbereich, Gesundheitsministerium etc. häufig vorgeschlagen, zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung rein die Sachleistungsvorsorge (in welchem Ausmaß scheint noch unklar) auszubauen.

Dazu folgende Überlegungen:

1) **Ausschließlich die Sachleistungsvorsorge** auszubauen erscheint sinnvoll, wenn Psychotherapie in Österreich künftig – analog zu Deutschland - flächendeckend vollfinanziert (mit ebenso hohen Kosten) angeboten werden soll (inkl. des Aufbaues von stationären Psychotherapie-Einrichtungen, ebenfalls analog zu Deutschland)

2) Ein (dzt. scheinbar erwogener) **geringer Ausbau der derzeitigen Sachleistungsvorsorge ohne Anhebung des Kostenzuschusses** (Inflationsausgleich und Erhöhung auf 40 Euro) bzw. Einführung des Kostenersatzes würde bewirken:

- Positiv: Berufsverband der PsychotherapeutInnen und seine Landesverbände scheinen als Vertragspartner der Kassen wieder erwünscht. Die Anbindung an die offizielle Qualitätsentwicklung ist dabei ein wichtiges Argument.
- Negativ: Wichtige in einem österreichischen Gesamtvertrag übliche Rechtsgüter wären aber weiterhin nicht garantiert: Parität der Interessenvertreter, freier und gleicher Zugang zur State-of-the-Art-Krankenbehandlung mit ASVG-Qualitätskriterien von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, Therapiewahlfreiheit und Behandlungsautonomie etc.
- Negativ: Weiterhin unregelmäßiger Zugang zur Psychotherapie (da weiterhin ungeklärt bleibt, nach welchen Kriterien bundesländer-unterschiedlich Sachleistungsvorsorge praktiziert wird).
- Negativ: Benachteiligung für das Gros der PatientInnen, die um ihr Recht auf psychotherapeutische Behandlung umfallen: Rund die Hälfte aller Psychotherapie-PatientInnen nehmen derzeit Zuschusstherapien in der niedergelassenen Praxis in Anspruch. Diese große Gruppe würde von der Budget-Erhöhung für Psychotherapie nicht profitieren.
- Zusammenfassend: Mehr Geld im Sachleistungssystem (= z. B. Kontingente nach Bezirken verteilen, Ambulatorien und stationäre Einrichtungen aufbauen) würde die Ausgaben der Kassen deutlich erhöhen, aber keine durchgehende Patientenversorgung erreichen bzw. sogar die derzeitige verschlechtern, weil mit Ansteigen der Kontingente im Verhältnis zum Kostenaufwand nur unwesentlich mehr Patienten versorgt werden, während gleichzeitig die Zuschusstherapie-PatientInnen-Zahl stark zurückgeht.

### Beobachtete Marktdynamik: Kommunizierendes Gefäß Sachleistungsvorsorge und Zuschusstherapien

- Je mehr kassenvollfinanzierte Therapien am Markt, umso geringer die Bereitschaft, eine Therapie mit dzt. Mini-Zuschuss in Anspruch zu nehmen. D. h. im PatientInnen-Pool kommt es nur zur Verschiebung von Zuschusstherapien zu Sachleistungstherapien, aber nicht zur Ausweitung der psychotherapeutischen Versorgung auf mehr Personen, denen geholfen werden könnte (mit nachhaltigen Besserungseffekten). Die Spitzen des Eisberges werden abgetragen, die Bedrohung gesamtgesellschaftlichen Funktionierens durch psychische Krankheit bleibt unverändert.
- Folglich stagniert die Inanspruchnahme: Viele Psychotherapiemotivierte warten auf einen Kassenplatz, in dieser Wartezeit sinkt ihre Motivation und steigt die Bereitschaft, sich mit Psychopharmaka-Konsum o. a. zufrieden zu geben (und nicht an der verursachenden

Problematik zu arbeiten). Wer keinen Kassenplatz bekommt, begibt sich deshalb nicht einfach in eine minimal bezuschusste Therapie, sondern resigniert und verzichtet.

- Aufgrund des de facto Wertverlustes des Kostenzuschusses steigt die ökonomische Barriere an. Immer weniger PatientInnen sind in der Lage, sich eine zweckmäßige Psychotherapie mit dem geringen Zuschuss zu leisten.
- Chronifizierung psychischer Störungen und Folgekosten: Im Verhältnis zum Ausgaben-Anstieg der Kassen wird nur eine geringe Verbesserung, etwa bei sozial sehr Bedürftigen, aber nicht beim Gros der PatientInnen erreicht: Dort wird der Trend zu statistisch vorerst nicht erfasster Resignation oder psychiatrischer/psychosomatischer Erkrankung verstärkt. Die vielen (auch statistisch nun immer evidenter werdenden) krankheitswertigen psychischen Störungen werden nicht versorgt, diese werden sich weiterhin (bei Unerträglichkeit des Leidens) in Eskalationen in Familien, Schulen, Arbeitsplätzen,... später im Anstieg der Krankenstände, psychosomatischen Erkrankungen, Selbstversorgungsunfähigkeiten für wichtige emotionale Bedürfnisse, gesellschaftlichem Abstieg, Früh/Invaliditätspensionen etc. niederschlagen.

**Kontingenterhöhungen ohne Zuschusserhöhung** wirken sich schädigend für die niedergelassene psychotherapeutische Praxis aus, die keine Kontingentstunden hat.

- Gerade jene Praxen, die derzeit fast die Hälfte der Psychotherapie-PatientInnen – mittlerweile nachgewiesen mit sehr gutem Erfolg – im Rahmen der Zuschusstherapien behandeln, können immer schwerer erhalten bzw. aufgebaut werden!

Der Ausbau rein von Sachleistungskontingenten und Ambulatorien (multidisziplinär, geführt von ÄrztInnen) ohne gleichzeitige Förderung der niedergelassenen Praxis würde diese Tendenz rasant beschleunigen. Die Auswertung der vorliegenden empirischen Literatur (z. B. Schweizer Gesundheitsobservatorium) zeigt aber, dass die **Psychotherapie in der niedergelassenen Praxis im Bezug auf die langfristige Wirksamkeit und die positive Kosten-Effektivität am besten abschneidet**. Im Vergleich dazu erreichen stationäre und institutionelle Behandlungen nach der medikamentösen Therapie die zweitniedrigsten Werte bezüglich langfristiger Wirksamkeit.

Aus Deutschland und der Schweiz weiß man außerdem, dass 2/3 der psychischen Störungen in der niedergelassenen Praxis behandelbar sind und die niedrigere Schwellenangst zur leichteren Inanspruchnahme führt. 1/3 der psychischen Störungen müssen aufgrund der Schwere stationär behandelt werden.

### **3) Alternative: Alle psychotherapeutischen Praxen können nach sachlichen Kriterien Kontingentstunden bekommen, und auch der Zuschuss wird angehoben**

Ein Kostenvergleich für die erste Ausbaustufe (Versorgungsgrad: 1 Prozent der Bevölkerung) – Psychotherapie im niedergelassenen Bereich und in Institutionen:

Annahmen:

Ersten Ausbaustufe - 1 % der Bevölkerung wird psychotherapeutisch versorgt

Durchschnittl. 20 Stunden pro Jahr

Tarif neu: 80 Euro

Selbstbehalt: 16 Euro

Kosten für Kassen: 64 Euro

Kostenerstattung (64 %): 51,20 Euro

1.640.000 Einheiten = 82.000 PatientInnen = 1 % d. Bev.	mit 20 % Selbstbehalt	ohne Selbstbehalt
	Euro in Mio	Euro in Mio
Gesamtkosten Sachleistungsvorsorge für alle	<b>105,0</b>	<b>131,2</b>
Gesamtkosten Gesamtvertrag Best-Practice-Modell: 50 % Sachleistungsvorsorge + 50 %		

Kostenersatz	<b>94,5</b>	<b>118,1</b>
--------------	-------------	--------------

630.000 Einheiten = 31.500 PatientInnen Neuzugang SLV
491.400 Einh. = 24.600 PatientInnen Umwandlung Zuschussth. in SLV
518.700 Einheiten = 25.900 PatientInnen Umwandlung SLV alt in SLV neu

Quelle: ÖBVP, Februar 2011