

Wien, am 31. Juli 2008

Konzept für den Gesamtvertrag Psychotherapie – Best-Practice-Modell

- 1. Ausgangslage**
- 2. Vertragspartnerschaft und Strukturelemente**
- 3. Antragsprozedere und Begutachtungskommission**
- 4. Qualitätssicherung**
- 5. Lehrpraxen**
- 6. Akutversorgung und Krisenintervention**
- 7. Kennzahlen, Bedarf und Kostenschätzung**

1. Ausgangslage

Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt im ambulanten Bereich aktuell provisorisch über die Kostenzuschussregelung und die Sachleistungsvorsorge mittels Vergabe von Stundenkontingenten, die über die so genannten „Versorgungsvereine“ verteilt werden.

Vorteile

- „Psychotherapie auf Krankenschein“ wurde eingeführt und in der Öffentlichkeit bekannt gemacht; Öffentliches Bewusstsein für Psychotherapie gestärkt
- Minimale Sachleistungsvorsorge bereits aufgebaut
- Psychotherapie als effiziente Gesundheitsleistung etabliert und ausgewiesen
- PsychotherapeutInnen mit ihren Leistungen im Gesundheitssystem zunehmend anerkannt und gefragt
- Bestehende Systeme arbeiten mit unterschiedlichen Steuerungsmechanismen, auf Bewährtes kann nun verwiesen werden
- Kostenkontrolle für die Krankenkassen
- Geringer Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen

Nachteile

- Struktur des derzeitigen Versorgungssystems hat Vertragspartnerschaft Kassen mit Berufsvertretung ausgesetzt
- Qualitätssicherung, abgesichert durch Berufsvertretung und BMGFJ nicht gegeben; Allorts werden eigene „Standards“ etabliert
- Nicht in allen Bundesländern können alle PsychotherapeutInnen an der Sachleistungsvorsorge teilhaben
- Praxis der Vertragsvergabe in manchen Bundesländern unregelt bzw. intransparent
- Versorgungssystem je nach Bundesland unterschiedlich – für PatientInnen intransparent
- Ungeregelter Zugang zur Sachleistung: Keine bzw. je nach Bundesland unterschiedliche Zuteilungskriterien

- In einigen Bundesländern müssen die PatientInnen selbst telefonisch freie Kontingentplätze „suchen“
- Steuerungsmechanismen: Patientenseitige Steuerung (Sachleistungszuteilung nach psychosozialem Funktionsniveau der PatientIn) in Tirol, Burgenland, Oberösterreich, Salzburg versus anbieterseitige Steuerung (vollzogene/ nicht vollzogene Zugangskriterien für PsychotherapeutInnen) insbesondere in Salzburg, Niederösterreich, Steiermark, Wien
- Versorgungsengpässe durch geringe Kontingente (Kontingente sind z. B. in Wien und in NÖ oft schon im Frühjahr oder Mitte des Jahres erschöpft)
- Inanspruchnahme wächst kaum: Psychotherapie für viele Bedürftige nicht leistbar; Hoher Privatanteil, da keine Kostenerstattung; Psychotherapie mit Kostenzuschuss wächst kaum; Kostenzuschuss mit Euro 21,80 sehr niedrig
- Lange Wartezeiten für „Psychotherapie auf Krankenschein“ verhindern Psychotherapie und führen zur Chronifizierung von psychischen Störungen

Zielsetzung

Bundesweit einheitliches Konzept für die Versorgung mit psychotherapeutischen Leistungen: Flächendeckende Sicherstellung von psychotherapeutischer Behandlung der Bevölkerung in Österreich durch eingetragene PsychotherapeutInnen in freiberuflicher Tätigkeit mit vom BMGFJ anerkannten wissenschaftlichen psychotherapeutischen Methoden

Insbesondere soll erreicht werden:

- Überwindung der Nachteile der bisherigen Versorgungslösungen durch ein Best-Practice-Modell
- Psychotherapie zugänglich für alle, die Psychotherapie wirklich brauchen;
- Transparenter Zugang für PatientInnen
- Förderung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen;
- Förderung der Psychotherapie im niedergelassenen Bereich – Wahlfreiheit;
- Sicherung von geordneter Psychotherapie; Übernahme von Psychotherapien in der psychotherapeutischen Praxis nach (stundenmäßig meist begrenzter) Psychotherapie und Beratung in Institutionen
- Förderung der niederschweligen Akutversorgung und Krisenintervention in der psychotherapeutischen Praxis
- Förderung der Psychotherapie durch PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision durch Lehrpraxen

Modellvarianten

Variante 1: „Klassisches“ Gesamtvertragsmodell nach ASVG.

Variante 2: Gesamtvertrag als Rahmenvertrag mit länderspezifischen Lösungen, Sachleistungskontingenten und Kostenerstattung.

Der ÖBVP und seine Landesverbände vertreten zwei unterschiedliche Modellvarianten, wobei in der Folge Variante 2 näher ausgeführt wird, da das „klassische“ Gesamtvertragsmodell als bereits bekannt vorausgesetzt wird.

VARIANTE 2: Gesamtvertrag als Best-Practice-Modell

2. Vertragspartnerschaft und Strukturelemente

Vertragsstruktur und Vertragspartnerschaft

Bundesweit einheitlicher Rahmenvertrag: Vertragspartner HVST + ÖBVP
Innerhalb des Rahmenvertrages spezifische Länderregelungen: Vertragspartner regionale Krankenversicherungsträger + jeweiliger Landesverband des ÖBVP

Vertrags- bzw. WahlpsychotherapeutInnen

- Keine Trennung von Vertrags- und WahlpsychotherapeutInnen, d. h. grundsätzliche Möglichkeit, beides anzubieten; Übernahme von Sachleistungsvorsorge durch alle in die Liste des BMGFJ eingetragenen PsychotherapeutInnen
- Zuteilung von Sachleistungsvorsorge erfolgt nach sachlichen, diagnostischen Kriterien – z. B. Psychosoziales Funktionsniveau nach DSM IV oder ICD-10-Diagnostik. Mit einer mehrachsigen Diagnostik kann die Zielgruppe für Psychotherapie als Sachleistung besser gesteuert werden, insbesondere wenn neben der Krankheitswertigkeit auch soziale Kriterien im Sinne von Belastungsfaktoren mit aufgenommen werden sollen¹
- Anbieterseitige Verpflichtung zur Sachleistungserbringung: alle PsychotherapeutInnen haben die Möglichkeit, eine Verpflichtung zur Sachleistungserbringung einzugehen

Steuerungsmöglichkeit für das Sachleistungsangebot

Sachleistungsangebot steuerbar über

- Kontingentierung nach diagnostischen Kriterien: z. B. psychosozialer Belastungsfaktoren nach DSM IV: Score auf den Achsen 4 + 5 beschreiben Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Sachleistungsangebot für Akutversorgung – Erste Hilfe und Krisenintervention, Sachleistungsangebot für Stützstunden, bzw. Kurzinterventionen auch nach Abschluss einer Behandlung
- Zusätzliches Sachleistungsangebot z. B. für störungsspezifische oder altersspezifische Gruppen (z. B. psychiatrische Störungen, chronisch psychisch Kranke, schwere Persönlichkeitsstörungen, Kinder und Jugendliche, alte Menschen)
- Ausnahme vom Selbstbehalt z. B. bei Rezeptgebührenbefreiung
- Verhältnis zwischen Sachleistungs- und Kostenzuschussvorsorge: Vorschlag zwischen 40:60 bis 60:40

Pilotprojekt Kostenerstattung für Wahlpsychotherapie

Seit Anbeginn der Gesamtvertragsverhandlungen werden von den Versicherungsträgern insbesondere folgende Befürchtungen geäußert:

- Kostenerstattung für Wahlpsychotherapie (80 Prozent v. 80 Prozent des Vertragstarifs/60 Prozent v. Vertragstarif?) könnte die Honorare in die Höhe treiben, sodass PatientInnen von den verbesserten Leistungen der Kassen nicht wesentlich profitieren.

¹ Beispiele für Sachleistungszuteilung nach diagnostischen Kriterien existieren insbesondere in den Modellvarianten Burgenland, Tirol, Salzburg.

- Bessere Rahmenbedingungen ziehen verstärkte Inanspruchnahme und mehr Angebot im niedergelassenen Bereich nach sich. Je nach gesundheitspolitischen Zielsetzungen sind dies erwünschte bzw. unerwünschte Effekte.

Der ÖBVP und seine Landesverbände schlagen eine dreijährige Pilot- und Evaluierungsphase vor, in der die oben genannten Faktoren evaluiert werden sollen.

Steuerungsmöglichkeit

- Abhängig von den Tarifen für Sachleistung ist die zu erbringende Eigenleistung der PatientInnen bei Kostenerstattung dennoch hoch – Zulauf beschränkt
- Das Stundenhonorar (aktuell etwa zwischen 70,-- und 90,-- Euro/50 Minuten) darf laut Wettbewerbsbehörde nicht mehr über eine Honorarordnung geregelt werden. Daher können nur noch Empfehlungen ohne verbindlichen Charakter ausgesprochen werden (in Oberösterreich im Zusammenhang mit Verträgen mit kleinen Kassen bereits erfolgreich praktiziert)
- Empfehlung von Seiten des Berufsverbandes ein bestimmtes Verhältnis zwischen Sachleistungserbringung und Wahlpsychotherapie einzuhalten (z. B. 50:50)
- Grundsätzlich steuerbar über das Verhältnis von Sachleistungsvorsorge und Wahlpsychotherapie je nach gesundheitspolitischen Zielsetzungen

3. Antragsprozedere und Begutachtungskommission

Grundsätzlich gilt, je mehr Information an die Krankenkassen gehen soll, umso mehr braucht es eine kassen-externe fachspezifisch besetzte Begutachtungskommission, die Behandlungsanträge bearbeitet und die Anonymisierung gewährleistet. D. h. die Begutachtung liegt in den Händen der PsychotherapeutInnen und erfolgt - aus der Sicht der Kassen - extern.² Das Antragsprozedere soll nicht nur Kontrolle oder Eintrittsschwelle aus der Sicht der Kassen sein, sondern auch transparent machen, dass Psychotherapie auf hohem Niveau und qualitätsgesichert durchgeführt wird.

Damit können

- der Hauptverband/die Kassen und der ÖBVP/seine Landesverbände zunehmend Vertrauen aufbauen
- der ÖBVP/seine Landesverbände klarstellen, dass nicht unterstützt wird, wenn Psychotherapien ohne Indikation (z.B. keine krankheitswertige Störung) mit Kassen abgerechnet werden oder wenn Psychotherapien ohne fachliche Notwendigkeit fortgeführt werden
- Wege geebnet werden für eine an den fachlichen Erfordernissen und ökonomischen Geboten orientierte Lösung

Ziele des Antragsprozederes

1. Feststellung der Krankheitswertigkeit einer Störung und Indikation zur Psychotherapie

² Nur so ist gewährleistet, dass PatientInnen-Daten tatsächlich unter Verschluss bleiben und die personenbezogenen Inhalte ausreichend geschützt sind. Die Begutachtung soll durch mehrere Personen erfolgen (Kommission), die schulenübergreifend/interdisziplinär zusammen arbeiten. Die Begutachtung soll durch eingetragene PsychotherapeutInnen mit mindestens 10jähriger Berufserfahrung erfolgen. Beispiele existieren dafür in Salzburg und in Tirol, wobei die Anträge in Salzburg trotz der Komplexität von Seiten der PsychotherapeutInnen rascher bearbeitbar, die Anträge in Tirol aufwendiger, jedoch fachlich fundierter sind.

2. Genehmigung der Sachleistungsvorsorge nach psychosozialen Belastungsfaktoren bzw. Zugehörigkeit zu einer spezifischen Alter- oder Störungsgruppe
3. Feststellung einer zweckmäßigen und ausreichenden Behandlung: Dauer und Frequenz, insbesondere bei Langzeittherapien
4. Feststellung der Zumutbarkeit und Zweckmäßigkeit eines Kostenbeitrages, bzw. Ausnahmen vom Selbstbehalt

Grundsätzlich wird transparenter und erleichterter Zugang zur Psychotherapie und Schutz der Anonymität für PatientInnen, Darstellung fachgerechter Diagnostik von Seiten der PsychotherapeutInnen und geringer Verwaltungsaufwand für PsychotherapeutInnen und Kassen angestrebt. In den Bundesländern gibt es unterschiedliche Innovationen und gute Praktiken, die übernommen werden könnten. Weiters wäre ein Stufenmodell zu überlegen: Erstanträge und Anträge für Kurzzeittherapie vereinfachen, erst Verlängerungsanträge ausführlicher (Beispiel Modell Burgenland ab 30. Behandlungsstunde).

4. Qualitätssicherung

Qualitätssicherung ist im Bereich der Psychotherapie durch gesetzliche, berufsrechtliche und ethische Standards etabliert:

- 90 Stunden Fortbildungsverpflichtung innerhalb von drei Jahren kontrolliert vom BMGFJ (Teilnahme an Tagungen, Symposien, Supervision, Intervision, Auseinandersetzung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen)
- Kooperationsverpflichtung
- Theorieentwicklung und Forschung in den Ausbildungseinrichtung und an den Universitäten
- Beschwerde- und Schlichtungseinrichtungen der Landesverbände und des BMGFJ;
- Hohes Niveau der Ausbildung: mindestens 550 Stunden Praktikum, davon mindestens 150 Stunden klinisches Praktikum und 30 Stunden Praktikumssupervision; mindestens 600 Stunden Krankenbehandlung „in Ausbildung unter Supervision“ und 120 Stunden Supervision

Zusätzlich wäre die kontinuierliche Evaluation und entsprechende Begleitforschung wünschenswert, insbesondere auch laufende Erhebung der PatientInnenzufriedenheit, z. B. im Auftrag des Bundes durch das BIQS (Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen).

5. Lehrpraxen

Zur Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision im Lichte des vorgeschlagenen Rahmenvertrages:

Die geplanten Veränderungen im Rahmen eines Gesamtvertrages für Psychotherapie würde die Situation der PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision verändern. Das Psychotherapiegesetz schreibt dieser Gruppe vor, dass sie im Rahmen ihrer Ausbildung 600 Stunden eigenständige psychotherapeutische Arbeit (im Verhältnis 1:5 supervidiert) absolvieren muss. Bisher konnten PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision diese Stunden in einer halbwegs zumutbaren Zeitspanne nur dann erbringen, wenn sie z.B. über das niedrige Honorar einen Anreiz dafür schafften. Die in diesem Papier vorgeschlagene Regelung („Psychotherapie auf Krankenschein“) würde dies jedoch dadurch bedeutend erschweren, als ein Anstieg der durch das öffentliche

Gesundheitssystem finanzierten Psychotherapiestunden in das derzeit bestehende Gefüge eingreifen würde.

Um den PsychotherapeutInnen-Nachwuchs zu sichern und die Qualitätssicherung in der Ausbildung zu gewährleisten, sollen deshalb Lehrpraxen eingeführt werden.

In Anlehnung an das Lehrpraxensystem in der Ärzteausbildung wäre ein Modell auch für PsychotherapeutInnen zu schaffen: In solchen Lehrpraxen bilden eingetragene PsychotherapeutInnen die PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision fachspezifisch aus. Voraussetzung dafür ist, dass die ausbildenden und supervidierenden PsychotherapeutInnen seit mindestens 5 Jahren in die PsychotherapeutInnen-Liste eingetragen sind und über eine 5-jährige vollberufliche (20 Psychotherapiestunden pro Woche) Berufspraxis verfügen. Die Supervision erfolgt im gesetzlich vorgeschriebenen Verhältnis 1:5. Im Fall eines Vertrages für Sachleistungsvorsorge der ausbildenden PsychotherapeutIn nehmen die PatientInnen gegen Vorweis der e-Card Sachleistungsvorsorge auch durch eine PsychotherapeutIn in Ausbildung unter Supervision in Anspruch. Die Verrechnung und Verwaltung erfolgt über die eingetragene PsychotherapeutIn. Das Betreuungsverhältnis 1:1 von eingetragener PsychotherapeutIn zu PsychotherapeutIn in Ausbildung unter Supervision ist einzuhalten.

6. Akutversorgung und Krisenintervention

Die Sachleistungsvorsorge schließt Krisenintervention und Akutversorgung mit ein.

Krisenintervention ist eine kurzfristige therapeutische Einflussnahme von außen auf eine akut bedrohliche Situation. Diese Einflussnahme soll eine kritische Entwicklung anhalten, helfend begleiten, bzw. stabilisierend wirken, ehe sie dem individuellen und sozialen System dauerhaft Schaden zufügt oder in eine, wie immer geartete Katastrophe mündet. In der psychotherapeutischen Praxis bedeutet Krisenintervention – im Gegensatz zu langfristig angelegter Psychotherapie – zunächst allgemein die Behandlung, Betreuung und Beratung von Menschen, die durch plötzliche, massive Veränderungen ihrer Lebensbedingungen, beispielsweise durch den Tod eines nahen Angehörigen, durch Gewalterfahrung, durch eine Erkrankung etc. akut psychisch gefährdet sind. Sie sollen durch die professionelle Hilfe dazu befähigt werden, die Lebenskrise zu bewältigen.

Empirisch ausreichend abgesicherte Angaben zur Epidemiologie von psychischen Krisen gibt es bisher nicht. Für psychotherapeutische Krisenbehandlungen sind als Notfallsituation schicksalhafte Lebensereignisse mit Folgen im seelischen Bereich und Suizidalität an erster Stelle zu nennen. Eine akute Krise bedeutet aber nicht immer eine psychische Störung. Sie kann bei gesunden Menschen als Reaktion auf unerträgliche oder überfordernde Ereignisse, Bedingungen und Konflikte oder ein Versagen der zur Verfügung stehenden Bewältigungsstrategien zurückgehen. Eine akute psychische Krise erfordert idealerweise jedoch eine sofortige professionelle Hilfe.

Ziel jeder Krisenintervention oder stützenden Intervention ist es, in mehreren Schritten, innerhalb von Tagen oder Wochen, zur Stabilisierung der Persönlichkeit oder auch zur Veränderung der ursächlichen und zugrunde liegenden Ereignisse beizutragen. Die Häufigkeit von psychischen Krisen und Notfallsituationen wird häufig unterschätzt und sind in der psychotherapeutischen Praxis aufzugreifen, obwohl solche Situationen meist nicht einplanbar sind.

7. Kennzahlen, Bedarf und Kostenschätzung

Geschätzter Bedarf

Internationale epidemiologische Studien sprechen von 20 bis 25 Prozent behandlungsbedürftigen, krankheitswertigen psychischen Störungen in der Bevölkerung. Mindestens 2,1 Prozent (bis 5 Prozent) der Bevölkerung sind psychotherapiebedürftig und motivierbar: D. h. 174.277 (414.946) Personen in Österreich.

Ein Fünftel des Bedarfes entfällt dabei auf Kinder und Jugendliche: Das sind 34.855 (bzw. 82.989) Personen.

Ausgehend von 2,1 Prozent Bedarf ist nicht nachgewiesen, welcher Anteil davon tatsächlich über die ambulante psychotherapeutische Versorgung realisierbar ist. Nur unter sehr günstigen Rahmenbedingungen könnte der „versteckte“ Bedarf sichtbar werden. Der Nationale Gesundheitsplan in der Schweiz (2004) geht davon aus, dass psychisch Kranke zu 2/3 ambulante Betreuung und 1/3 stationäre Betreuung aufsuchen.

Ausgaben der Krankenkassen für ambulante Psychotherapie (Praxis, Vereine und Institutionen)

Lt. Angaben HVST auf Basis 2006 (20. Mai 2008)

Sachleistung:	34,762.239 Euro
Kostenzuschuss:	11,411.916 Euro
Kostenerstattung (?) ³ :	7,644.645 Euro

Versorgungsgrad der bestehenden Versorgungssysteme

Berechnungsgrundlage: Durchschnittlich 30 Stunden pro PatientIn/Jahr

Sachleistung Stunden (ohne Vorarlberg und unter der Annahme 200.600 Std. für Wien):	512.954
Sachleistung Personen (hochgerechnet):	17.114

Kostenzuschuss Stunden:	523.470
Kostenzuschuss Personen (hochgerechnet):	17.449

Kostenerstattung (Berechnungsgrundlagen fehlen)

Frage, wie sich die Differenz zur ÖBIG-Studie 2005 erklärt.

Psychotherapie Sachleistung (Vereine und Institutionen):	27.021 Personen
Psychotherapie mit Kostenzuschuss:	16.278 Personen

Angebotsdichte

Laut ÖBIG-Studie⁴ sind maximal 2/3 der eingetragenen PsychotherapeutInnen psychotherapeutisch tätig. Das sind dzt. 4000 PsychotherapeutInnen, die im Durchschnitt 8 Wochenstunden in der niedergelassenen Praxis arbeiten. Diese könnten demnach 1,664.000 Stunden im Jahr anbieten und damit aktuell maximal 55.467 Personen pro Jahr behandeln (Annahme: Durchschnittlich 30 Behandlungsstunden im Jahr pro PatientIn). Unter günstigeren Bedingungen ist eine Ausweitung des Angebots in der niedergelassenen Praxis anzunehmen.

³In welchem Bereich die Kostenerstattung erfolgt, ist nicht bekannt.

⁴ Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 2006. ÖBIG.

Tarif

Sachleistungsvorsorge	70,-- Euro
20 Prozent Selbstbehalt	-14,-- Euro
Kosten für Kassen	56,-- Euro

Kostenerstattung (80 Prozent von 80 Prozent) 44,80 Euro

Finanzierungsbedarf/Kostenschätzung (siehe Berechnungsmodell im Anhang)