

Best-Practice-Modell Gesamtvertrag für Psychotherapie

Übersicht

1. Ausgangslage

- Stufenweiser Aufbau der psychotherapeutischen Versorgung
- ASVG-konformer Gesamtvertrag für Psychotherapie
- Bundesweit einheitlicher Rahmenvertrag mit bundesländerspezifischen Regelungen

2. Vertragspartnerschaft

- ÖBVP und Hauptverband der Sozialversicherungsträger bzw.
- Landesverbände und regionale Träger

3. Strukturelemente

- Jede PsychotherapeutIn ist sowohl Vertrags- als auch WahlpsychotherapeutIn
- Zuteilung von Sachleistungsversorgung nach diagnostischen Kriterien unter Berücksichtigung des psychosozialen Funktionsniveaus
- Einführung der Kostenerstattung (80 Prozent vom Vertragstarif, abzügl. 20 Prozent Selbstbehalt = 64 vH)
- Zusätzliches Sachleistungsangebot für spezielle Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche und alte Menschen etc.)

4. Antragsprocedere und Begutachtungskommission

- Ausführliche und transparente Diagnostik durch Antragsprocedere und Begutachtungskommission
- Umwandlung der Versorgungsvereine in Begutachtungsstellen

5. Qualitätssicherung

- Qualitätskontrolle durch gesetzliche, berufsrechtliche und –ethische Standards
- Kontinuierliche Evaluierung und Begleitforschung, z. B. im Auftrag des BMG

6. Einführung von Lehrpraxen

7. Akutversorgung und Krisenintervention

8. Kennzahlen, Bedarf und Kostenschätzung

9. Aktuelle Beobachtungen und zusammenfassende Schlussfolgerungen

1. Ausgangslage

Die psychotherapeutische Versorgung erfolgt derzeit provisorisch, in der Hauptsache durch niedergelassene PsychotherapeutInnen über die Kostenzuschussregelung (36 %). Im Rahmen der Sachleistungsversorgung werden rund 32 % der psychotherapeutischen Leistungen von den PsychotherapeutInnen der Versorgungsvereine und 6 % von den Institutionen erbracht. WahlärztInnen erbrachten rund 12 % der psychotherapeutischen Leistungen, VertragsärztInnen decken rund 13 % der Leistungen ab, wobei es sich hierbei nicht um Psychotherapie i.e.S., sondern um das 30-minütige psychotherapeutische Gespräch im Rahmen der ärztlichen Behandlung handelt.¹

Vorteile

- Kassenfinanzierte Psychotherapie wurde eingeführt und in das Versorgungssystem integriert;
- Öffentliches Bewusstsein für Psychotherapie gestärkt;
- Psychotherapie als wirksame und kosten-effektive Gesundheitsleistung etabliert und ausgewiesen;
- PsychotherapeutInnen mit ihren Leistungen im Gesundheitssystem zunehmend anerkannt und gefragt;
- Die unterschiedlichen Modelle in den Bundesländern arbeiten mit unterschiedlichen Steuerungsmechanismen, auf Bewährtes kann nun verwiesen werden;
- Kostenkontrolle für die Krankenkassen;
- Geringer Verwaltungsaufwand für die Krankenkassen und die PsychotherapeutInnen;

Nachteile

- Versorgungsgrad gering: hochgerechnet 0,5 Prozent der Bevölkerung erhält Psychotherapie, der Bedarf liegt zwischen 2,1 und 5 Prozent.
- Intransparenter Zugang für PatientInnen: Versorgungssysteme in den Bundesländern unterschiedlich;
- Ungeregelter Zugang zur Sachleistung: Keine bzw. je nach Bundesland unterschiedliche Zuteilungskriterien. In einigen Bundesländern müssen die PatientInnen selbst telefonisch freie Kontingentplätze „suchen“.
- Versorgungsengpässe durch knappe Kontingente. Kontingente sind z. B. in Wien und in NÖ nach wie vor oft schon im Frühjahr oder Mitte des Jahres erschöpft;
- Lange Wartezeiten für kassenfinanzierte Psychotherapie verhindern Psychotherapie und führen zur Chronifizierung von psychischen Störungen;
- Inanspruchnahme wächst insgesamt kaum: Psychotherapie für viele Bedürftige nicht leistbar; Hoher Privatanteil, da keine Kostenerstattung; Psychotherapie mit Kostenzuschuss wächst kaum; Kostenzuschuss mit Euro 21,80 sehr niedrig und seit 1992 nicht erhöht und nicht wertangepasst!
- Struktur des derzeitigen Versorgungssystems hat die Vertragspartnerschaft der Kassen mit der Berufsvertretung ausgesetzt;
- Qualitätssicherung, abgesichert durch Berufsvertretung und BMG nicht gegeben; Wildwuchs an „Standards“ hat sich etabliert;
- Nicht in allen Bundesländern können alle PsychotherapeutInnen an der Sachleistungsvorsorge teilhaben;
- Praxis der Vertragsvergabe an PsychotherapeutInnen in manchen Bundesländern ungeregelt bzw. intransparent;
- Steuerungsmechanismen unterschiedlich: Patientenseitige Steuerung (Sachleistungszuteilung nach psychosozialem Funktionsniveau der PatientIn) in Tirol, Burgenland, Oberösterreich, Salzburg versus anbieterseitige Steuerung (vollzogene/

¹ Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2009.

nicht vollzogene Zugangskriterien für PsychotherapeutInnen) insbesondere in Salzburg, Niederösterreich, Steiermark, Wien.

Zielsetzung

Etablierung eines bundesweit einheitlichen, gesamtvertragsähnlichen Konzeptes für die psychotherapeutische Versorgung: Stufenförmiger Ausbau der flächendeckenden Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit Psychotherapie durch eingetragene PsychotherapeutInnen in freiberuflicher Tätigkeit mit vom BMG anerkannten wissenschaftlichen psychotherapeutischen Methoden.

Insbesondere soll erreicht werden:

- Überwindung der Nachteile der bisherigen Versorgungslösungen durch ein Best-Practice-Modell;
- Psychotherapeutische Behandlung zugänglich für alle, bei denen Psychotherapie indiziert ist;
- Transparenter Zugang für PatientInnen;
- Förderung der psychotherapeutischen Versorgung in ländlichen Regionen;
- Förderung der Psychotherapie im niedergelassenen Bereich – Wahlfreiheit;
- Sicherung von geordneter Psychotherapie; Überwindung von Schnittstellenproblemen beim Übergang von (teil-)stationärer und stundenmäßig meist begrenzter institutioneller Psychotherapie oder Beratung in Institutionen;
- Förderung der niederschweligen Akutversorgung und Krisenintervention in der psychotherapeutischen Praxis;
- Förderung der Psychotherapie durch PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision durch Lehrpraxen.

2. Vertragspartnerschaft

- Bundesweit einheitlicher Rahmenvertrag: Vertragspartner sind ASVG-konform der HVST und der ÖBVP;
- Innerhalb des Rahmenvertrages bundesländerspezifische Regelungen: Vertragspartner sind regionale Krankenversicherungsträger und der jeweilige Landesverband des ÖBVP.

3. Strukturelemente

Vertrags- und WahlpsychotherapeutIn in einer Person

- Keine Trennung von Vertrags- und WahlpsychotherapeutInnen, d. h. grundsätzliche Möglichkeit, beides in einer Person anzubieten;
- Anbieterseitige Verpflichtung zur Sachleistungserbringung: alle PsychotherapeutInnen haben die Möglichkeit, bedarfsorientiert eine Verpflichtung zur Sachleistungserbringung einzugehen;
- Zuteilung von Sachleistungsvorsorge erfolgt nach diagnostischen Kriterien – z. B. nach der Schwere der Beeinträchtigung. Die mehrdimensionale Diagnostik berücksichtigt neben der Symptomatik auch das psychosoziale Funktionsniveau (z. B. nach DSM IV oder ICD-10). Mit einer mehrdimensionalen Diagnostik kann die Sachleistungsvorsorge gezielt zugeteilt werden.²

Steuerung des Sachleistungsangebots

² Beispiele für Sachleistungszuteilung nach diagnostischen Kriterien existieren insbesondere in den Modellvarianten Burgenland, Tirol, Salzburg.

- Zuteilung nach diagnostischen Kriterien: z. B. Schwere der Beeinträchtigung = Ausprägung der Symptomatik unter Einbeziehung psychosozialer Belastungsfaktoren, z. B. nach DSM IV: Score auf den Achsen 4 + 5 beschreibt 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);
- Kassenfinanzierte Psychotherapie bei Rezeptgebührenbefreiung;
- Verhältnis zwischen Vertrags- und Wahlpsychotherapie: Vorschlag zwischen 40:60 bis 60:40.

Pilotprojekt Kostenerstattung für Wahlpsychotherapie

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

- Die Kostenerstattung für Wahlpsychotherapie könnte die Honorare in die Höhe treiben, so dass PatientInnen von den verbesserten Leistungen der Kassen nicht wesentlich profitieren;
- Verbesserte Rahmenbedingungen ziehen verstärkte Inanspruchnahme und mehr Angebot im niedergelassenen Bereich nach sich. Je nach gesundheitspolitischen Zielsetzungen sind dies erwünschte bzw. unerwünschte Effekte.

Empirische Befunden zeigen jedoch, dass Psychotherapie nicht missbräuchlich konsumiert wird. Selbst wenn psychotherapeutische Behandlungen ohne Zusatzkosten zur Verfügung standen, nahmen in den USA nur 4,3 % der Bevölkerung ambulante Psychotherapie in Anspruch.³ Der ÖBVP und seine Landesverbände schlagen eine dreijährige Pilot- und Evaluierungsphase vor, in der die oben genannten Faktoren evaluiert werden.

Steuerung der Wahlpsychotherapie

- Abhängig von den Tarifen für die kassenfinanzierte Psychotherapie ist die Eigenleistung der PatientInnen bei Kostenerstattung dennoch beträchtlich. Zu erwarten ist daher, dass der Zulauf beschränkt bleibt;
- Das Stundenhonorar (aktuell zwischen EUR 80,- und 100,-/50 Minuten) darf laut Wettbewerbsbehörde nicht mehr über eine Honorarordnung geregelt werden. Seitens des Berufsverbandes können jedoch Empfehlungen, allerdings ohne verbindlichen Charakter ausgesprochen werden. In Oberösterreich wurde dies im Zusammenhang mit Verträgen mit kleinen Kassen bereits erfolgreich praktiziert;
- Vorgabe je nach Praxisumfang 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.

4. 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. Das hätte zur

³ Jürgen Margraf: Kosten und Nutzen der Psychotherapie. Eine kritische Literaturlauswertung. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2009.

Folge, dass die Begutachtung in den Händen von PsychotherapeutInnen liegen sollte und aus der Sicht der Kassen extern erfolgt.⁴ Das Antragsprozedere soll nicht nur Kontrolle oder Eintrittsschwelle aus der Sicht der Kassen sein, sondern auch transparent machen, dass psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung auf hohem Niveau und qualitätsgesichert durchgeführt wird.

Gegenstand der Begutachtung

- Feststellung, ob eine krankheitswertige psychische Störung und die Indikation zur Psychotherapie vorliegt;
- Genehmigung der Sachleistungsvorsorge nach zuvor vereinbarten sachlichen Kriterien (z. B. Schwere der Beeinträchtigung, Zugehörigkeit zu einer spezifischen Alter- oder Störungsgruppe etc.);
- Feststellung einer zweckmäßigen und ausreichenden Behandlung: Dauer und Frequenz, insbesondere bei Langzeittherapien;
- Feststellung der Zumutbarkeit und Zweckmäßigkeit eines Kostenbeitrages, Ausnahmen vom Selbstbehalt etc.

Zielsetzung

- Transparenter Zugang zur Psychotherapie als Sachleistung nach sachlichen Kriterien;
- Schutz der Anonymität für PatientInnen;
- Darstellung fachgerechter Diagnostik von Seiten der PsychotherapeutInnen;
- Geringer Verwaltungsaufwand für PsychotherapeutInnen und Kassen In den Bundesländern gibt es unterschiedliche Innovationen und praxiserprobte Beispiele, die übernommen werden können. Weiters wäre ein Stufenmodell zu überlegen: Einfache Erstanträge und Anträge für Kurzzeittherapie, ausführliche Verlängerungsanträge (Beispiel Modell Burgenland ab 30. Behandlungsstunde).

Aus den Versorgungsvereinen werden Begutachtungsstellen

Die Versorgungsvereine sollten umstrukturiert werden und die Aufgabe der Sachleistungszuteilung und Begutachtung übernehmen.

5. Qualitätssicherung

Die Qualitätskontrolle (Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität) ist im Bereich der Psychotherapie durch gesetzliche, berufsrechtliche und -ethische Standards gesichert:

- 90 Stunden Fortbildungsverpflichtung innerhalb von drei Jahren, kontrolliert vom BMG (Supervision, Intervision, Teilnahme an Tagungen, Symposien, Auseinandersetzung mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen etc.);
- Kooperationsverpflichtung;
- Psychotherapieentwicklung und -forschung in den Ausbildungseinrichtungen und an den Universitäten;
- Beschwerde- und Schlichtungseinrichtungen der Landesverbände und des BMG;
- Hohes Niveau der Ausbildung: Die Psychotherapieausbildung umfasst mindestens 3215 Stunden. Darin zentral die Lehrtherapie, 550 Stunden Praktikum, davon mindestens 150 Stunden klinisches Praktikum und 30 Stunden

⁴ 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.

Praktikumssupervision; mindestens 600 Stunden Krankenbehandlung „in Ausbildung unter Supervision“ und 120 Stunden Supervision.

Zusätzlich wären kontinuierliche Evaluation und entsprechende Begleit- und Outcomeforschung z. B. im Auftrag des BMG wünschenswert.

6. Lehrpraxen

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

Die geplanten Veränderungen im Rahmen eines Gesamtvertrages für Psychotherapie würden 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 gesamtvertragliche Regelung für die kassenfinanzierte Psychotherapie 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.

7. 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 oder durch das Kumulieren von belastenden Lebensumständen, beispielsweise durch ein traumatisierendes Ereignis, 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.

8. 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 bereit, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. In Österreich sind das zwischen 175.000 und 415.000 Personen, während aktuell hochgerechnet etwa 50.000 Personen in Psychotherapie sind. Ein Fünftel des Bedarfes entfällt dabei auf Kinder und Jugendliche: Das sind 35.000 bis 83.000 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 ÖBIG auf Basis 2007:	54,8 Mio Euro
Sachleistung Versorgungsvereine und Institutionen:	30 Mio Euro
Kostenzuschuss:	12 Mio Euro
„pth Leistungen“ Vertrags- und WahlärztInnen:	12 Mio Euro
Kasseneigene Einrichtungen:	800.000 Euro

Versorgungsgrad der bestehenden Versorgungssysteme

Berechnungsgrundlage: Durchschnittlich 20 Stunden pro PatientIn/Jahr

Versorgungsvereine

erbrachte SV-finanzierte Einheiten (ohne Vorarlberg)	436.800
Personen (lt. ÖBIG):	21.000 PatientInnen

Institutionen:

Erbrachte SV-finanzierte Einheiten:	81.604
-------------------------------------	--------

<u>Kostenzuschuss:</u>	
Kostenzuschuss erbrachte Einheiten:	501.625
Kostenzuschuss Personen (hochgerechnet):	25.000 PatientInnen
<u>Kostenerstattung für pth Leistungen durch ÄrztInnen:</u>	
Einheiten á 30 Minuten	349.000

Angebotsdichte

Laut ÖBIG-Studie⁵ 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 83.200 Personen pro Jahr behandeln (Annahme: Durchschnittlich 20 Behandlungsstunden im Jahr pro PatientIn). Unter günstigeren Bedingungen ist eine Ausweitung des Angebots in der niedergelassenen Praxis anzunehmen.

Tarife

Sachleistungsvorsorge	80,-- Euro
abzüglich 20 Prozent Selbstbehalt	16,-- Euro
Kosten für Kassen	64,-- Euro

Kostenerstattung (64 = 80 Prozent von 80 Prozent)	51,20 Euro
--	------------

Finanzierungsbedarf/Kostenschätzung (siehe Berechnungsmodell im Anhang)

9. Aktuelle Beobachtungen und zusammenfassende Schlussfolgerungen

Der größte Teil der Psychotherapien erfolgt derzeit durch niedergelassene PsychotherapeutInnen und wird mit nur Euro 21,80 bezuschusst. Eine Kostenersatzregelung (80 Prozent vom Vertragstarif) fehlt.

- 36 % Psychotherapien mit Kostenzuschuss
- 32 % Sachleistungsversorgung durch PsychotherapeutInnen der Versorgungsvereine
- 6 % Psychotherapien von Institutionen
- 12 % durch WahlärztInnen und 13 % durch VertragsärztInnen, wobei es sich hierbei nicht um Psychotherapie i. e. S, sondern um das 30-minütige psychotherapeutische Gespräch im Rahmen der ärztlichen Behandlung handelt.⁶

Psychotherapie - das Herzstück einer vernetzten psychosozialen Versorgung fehlt

Die Psychotherapie ist ein Herzstück der psychosozialen Versorgung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Zahlreiche Berufsgruppen in der psychosozialen Versorgung - KinderärztInnen, PsychiaterInnen, SozialarbeiterInnen, ErgotherapeutInnen, LehrerInnen, KindergärtnerInnen etc. - beklagen, dass oftmals die heilungszweckmäßige Behandlungskette, die zu einer anhaltenden Besserung - z. B. nach stationärer Behandlung - notwendig ist, abbricht, wenn eine Psychotherapie nicht ermöglicht wird.

Zuschusstherapien und Sachleistungsstunden sind kommunizierende Gefäße

⁵ Psychotherapeuten, klinische Psychologen und Gesundheitspsychologen. Entwicklungsstatistik 1991 bis 2006. ÖBIG.

⁶ _Gesundheit Österreich GmbH, Geschäftsbereich ÖBIG: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, 2009.

Gemäß ASVG stünde im Krankheitsfall allen Versicherten eine kassenfinanzierte psychotherapeutische Behandlung zu, geregelt durch einen Gesamtvertrag, der zwischen dem ÖBVP und dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger abzuschließen ist bzw. durch gesamtvertragsähnliche Verträge.

Um dem gesetzlichen Anspruch der Versicherten einigermaßen zu entsprechen, würde eine flächendeckende Sachleistungsversorgung erfordern

- entweder vollfinanzierte Psychotherapie für alle
- oder Sachleistungsvorsorge + Kostenerstattung (80 Prozent vom Vertragstarif).

Derzeit wird die kassenfinanzierte Psychotherapie provisorisch über Versorgungsvereine geregelt (als Vertragspartner der Kassen). Nur ausgewählte PatientInnen erhalten – unterschiedlich je nach Bundesland – diese kassenvollfinanzierte Psychotherapie:

- eher ohne klare Differenzierungs-Kriterien, mehr nach dem Motto: „Wer zuerst kommt, wer mehr imponiert,..“.
- nur Randgruppen wie psychisch Schwerstkranke und/oder sozial Bedürftige
- nicht das Gros der Versicherten!

Folgende Tendenz wurde über die letzten Jahre hinweg beobachtet: Je mehr die Sachleistungskontingente erhöht werden, umso weniger Psychotherapien auf Basis des (derzeitig extrem niedrigen) Zuschusses werden begonnen, weil der daraus resultierende hohe Kostenanteil für Viele nicht leistbar ist. Insgesamt stagniert daher die Zahl der Personen, die sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, obwohl eine solche zweckmäßig und notwendig wäre!

Rund die Hälfte aller stattfindenden Psychotherapien ist vorwiegend selbstfinanziert auf Basis des Kostenzuschusses, der wiederum nur rund ein Viertel der gesamten Kassen-Ausgaben für Psychotherapie verursacht.

Die Krankenkassen gaben im Jahr 2007 rund 43 Mio. Euro für Psychotherapie aus. Für Kostenzuschüsse 12 Mio. Euro, für kassenfinanzierte Psychotherapie 30 Mio. Euro (Versorgungsvereine und Institutionen), für Ambulatorien 800.000 Euro.

Sachleistungskontingente anheben alleine löst die Probleme einer umfassenden Versorgung für alle Versicherte, wie es im ASVG vorgesehen ist, nicht!

Vorrangig anzustreben ist der Intention des Gesetzgebers entsprechend ein Gesamtvertrag! Wenn/solange trotz bilateralem Bemühens kein Gesamtvertrag abgeschlossen ist, ist eine ausreichende Versorgung durch Verträge sicherzustellen, die allerdings wichtige in einem österreichischen Gesamtvertrag übliche Rechtsgüter garantieren müssen: Parität der Interessenvertreter, freier und gleicher Zugang zur State-of-the-Art-Krankenbehandlung mit ASVG-Qualitätskriterien von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, Therapiewahlfreiheit, Behandlungsautonomie etc.

Minimalerweise sollen bis zum Abschluss eines Vertrages die Kostenzuschüsse angehoben werden.