

Wien, 9. November 2011

Der ÖBVP bereitet einen Gesamtvertrag (ASVG § 349 Abs. 2) bzw. Modifikationen vor und präsentiert folgende Varianten zur weiteren Erörterung

Seit 50 Jahren ist in Österreich durch einen Gesamtvertrag der Sozialen Krankenversicherungen mit der Ärztekammer eine medizinische Versorgung gesichert. Seit 20 Jahren ist dies analog dazu ASV-gesetzlich auch für die psychotherapeutische Krankenbehandlung vorgesehen.

Warum Gesamt- oder ähnlichen Vertrag?

Rechtswissenschaftler haben wiederholt festgehalten, dass nur Gesamt- oder ähnlichen Verträge der Krankenversicherungsträger (KVTr) mit den Berufsvertretungen rechtskonform und geeignet sind, um wesentliche Rechtsgüter des österreichischen Gesundheitswesens zu verankern, die der Gesetzgeber im ASVG festgehalten hat.

Derartig Verträge werden auch von Sozialwissenschaftlern als **Garant einer flächendeckende Krankenbehandlung** i. S. § 131(6) angeführt. Nur solche Verträge ermöglichen **State-of-the-art-Behandlung** für jede im sozialversicherungsrechtlichen Sinn krankheitswertige Störung mit sachgerechter Indikationsstellung im Sinne der ASVG-§133.2-Trias (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich) und § 134 (1) (für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung). Sie garantieren auch die Rechtsgüter **Therapie-Wahlfreiheit** und **Behandlungsautonomie**. Letztere sind für den nachhaltigen Erfolg einer Psychotherapie essentielle Vorbedingungen.

EntscheidungsträgerInnen plädieren für Ausbau Sachleistungsvorsorge

Mehrheitlich wird von den EntscheidungsträgerInnen (HVSTr-VertreterInnen, VertreterInnen regionale Kassen, BM Stöger) der Standpunkt vertreten, dass die flächendeckende Versorgung mit Psychotherapie in Österreich durch Ausbau der Sachleistungen erfolgen soll (mit Versicherten-Eigenanteil, der vom KVTr eingefordert werde), mit anzustrebendem Versorgungsgrad erste Ausbaustufe 1,5 Prozent (=120.000 PatientInnen), avisierte Honorar-Tarif-Steigerung von dzt. zwischen EUR 52,- und 65,- auf EUR 80,-/Einzelsitzung entsprechend einem Angestellten-Gehalt.

BM Hundstorfer erklärt sich bereit, den Hauptverband der Sozialversicherungsträger mit der Aufnahme von Gesamtvertragsverhandlungen zu beauftragen.

Vertragsvarianten und Zielsetzungen

In den vorgeschlagenen Varianten liegt die Chance, möglichst viele - dem Auftrag des Gesetzgebers folgend - erkrankte Versicherte im Paradigmenwechsel von passiver Heilungserwartung zu aktiver Gesundheitsbemühung mit relativ geringen Kosten gezielt zu unterstützen, solange realisierbare Chancen auf nachhaltige Besserung der psychischen Erkrankung bestehen.

Der ÖBVP weist nachdrücklich darauf hin, dass nur professionelle paritätisch besetzte Gremien Entscheidungen über Qualitätssicherung, Regeldauer und Abweichungen, Administration etc. treffen können, um eine psychotherapeutische Versorgungsstruktur nachhaltigen Erfolges aufzubauen.

*In der angeschlossenen arithmetisch angleichenden **KOSTEN-EXTRAPOLATION** wird ein ungefähre ökonomischer Vergleich der einzelnen Varianten versucht. Von den Eckdaten 2009*

ausgehend (Sachleistung 35.000 Personen, EUR 35 Mio; Kostenzuschuss 30.000 Personen, EUR 12 Mio) werden Werte eines höheren Versorgungsgrades - von BM Stöger wurde ein Versorgungs-Ziel von 120.000 PatientInnen genannt - extrapoliert, bei einer von BM avisierten Honorar-Steigerung von dzt. 52,-/65,- auf 80,-pro Einzelsitzung.

Annahme Kennzahlen:

Versorgungsgrad: 120.000 Personen

Tarif Sachleistungsversorgung: EUR 80,-
und

Verdopplung Kostenzuschuss: EUR 44,-
oder

Kostenersatz (64 Prozent v H): EUR 51,20
oder

PatientInnen-Eigenleistungs-Anteil: z. B. EUR 44,-

VARIANTE A

Klassischer Gesamtvertrag mit Sachleistungsversorgung und Kostenersatz.

SL bei VertragspsychotherapeutInnen für kränkere/sozial Bedürftige; Kostenersatz bei WahlpsychotherapeutInnen (von de facto 64 Prozent des Vertragshonorars).

Leistungserbringer: PsychotherapeutInnen in eigenen Einrichtungen oder Vertragseinrichtungen der Versicherungsträger, VertragspsychotherapeutInnen und Vertragsgruppenpraxen, Wahl-PsychotherapeutInnen und Wahl-Gruppenpraxen.

Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich geregelt, paritätisch vom KVTr und ÖBVP erstellt.

Sachleistungs-Inanspruchnahme 35.000 auf 70.000 Pat. (+ 100 %)

Tarifsteigerung EUR 54,- auf EUR 80,- (+ 50 %)

EUR 35 Mio + 100 % + 50 %

-> **105 Mio**

Kostenersatz-Inanspruchnahme 30.000 auf 50.000 Pat. (+ 70 %)

Kostensteigerung von dzt. KoZu EUR 22,- auf Kostenersatz EUR 51,- (+ 132 %)

EUR 12 Mio + 70 % + 132 %

-> **47 Mio**

152 MIO

VARIANTE B1

(GV-ähnliche Variante, vom HVSTr favorisiert)

Komplette Sachleistungsversorgung nach diagnostischen Kriterien (z.B. Schwere der Störung und Beeinträchtigung i. S. von DSM IV-dringlicher Indikation) **und sozialen Kriterien mit abgestuften Kosten-Eigenleistungsanteilen** (wird vom KVTr eingehoben) zu einem VertragspsychotherapeutInnen-Tarif von EUR 80,-.

Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich geregelt in einem gesamtvertragsähnlichen Modell (Paritätik von KVTr und ÖBVP).

Kein Kostenersatz.

Versorgung ausschließlich durch Sachleistung (KoZu-PatientInnen werden in die Sachleistung übernommen):

Sachleistungs-Inanspruchnahme 35.000 auf 120.000 Pat. (+ 243 %)

Tarifsteigerung EUR 54,- auf EUR 80,- (+ 50 %)

EUR 35 Mio + 243 % + 50 %

-> **180 Mio**

Abzügl. PatientInnen-Eigenleistungsanteil v. 60.000 Personen (PatientInnen-Anzahl x2; EUR 44,- EL/Stunde anstelle des bish. KoZu 22,-, daher 12,4 Mio + 100 % + 100 %) -> -

50 Mio

133 MIO

VARIANTE B2

SL-Versorgung bei kränkeren und/oder sozial Bedürftigen (analog Variante B1) **und Aufrechterhalten des Kostenzuschusses mit Erhöhung und Indexanpassung.**

Rahmenbedingungen bundesweit einheitlich geregelt in einem gesamtvertragsähnlichen Modell (Paritätik von KVTr und ÖBVP).

Sachleistungs-Inanspruchnahme 35.000 auf 60.000 Pat. (+ 71 %)
Tarifsteigerung von EUR 54,- auf EUR 80,- (+ 50 %)
EUR 35 Mio + 71 % + 50 %
Kostenzuschuss 30.000 auf 60.000 Pat. (+100 %)
Kostenzuschusserhöhung von EUR 22,- auf EUR 44,- (+100 %)
EUR 12 Mio + 100 % + 100 %

-> 90 Mio

-> 48 Mio
138 MIO

VARIANTE C

ÖBVP-Best-Practice-Modell: Sachleistungsversorgung und Kostenerstattung, Vertrags- und WahlpsychotherapeutIn in einer Person.

Ausbau der Sachleistungsversorgung nach bundesweit einheitlichen Kriterien: **Zuteilung der SL (Anzahl der SL-Plätze) nach einheitlichen diagnostischen und sozialen Kriterien vertraglich mit der Berufsvertretung geregelt.**

Ansonsten ASVG-korrespondierender Kostenersatz (= de facto 64%).

Vertragspartner: HVSTr und ÖBVP, bzw. regionale Sozialversicherungsträger und Landesverbände für Psychotherapie.

Zuteilungskriterien, Qualitätssicherung, Anzahl der Plätze, Stellenpläne, Antragsprocedere etc. werden mit Berufsvertretung der PsychotherapeutInnen analog Krankenkasse mit Ärztekammer ausgehandelt.

Sachleistungs-Inanspruchnahme 35.000 auf 60.000 Pat. (+ 71 %)
Tarifsteigerung von EUR 54,- auf EUR 80,- (+ 50 %)
EUR 35 Mio + 71 % + 50 %
Kostenersatz 30.000 auf 60.000 Pat. (+ 100 %)
Kostensteigerung von dzt. KoZu EUR 22,- auf Kostenersatz EUR 51,- (+ 132 %)
EUR 12 Mio + 100 % + 132 %

-> 90 Mio

-> 56 Mio
146 MIO

Sozial- und gesundheitspolitische Prämissen

Soziale Staffelung im Psychotherapie-Bereich wird von den Sozialpartnern zunehmend für sozial gerecht gehalten. Sie beinhaltet Übergänge von Sachleistung bis Kostenzuschuss und erübrigt die kostenarithmetische Differenzierung Vertrags-/WahltherapeutInnen, da anstelle des dzt. vermischten Systems Sachleistung + 21,80 Euro-Zuschuss ein flexibleres Modell mit Eigenleistungsanteilen mit sozialer Staffelung realisiert werden müsste.

Die **Sachleistungszuteilung** ergibt sich **aus sozialer Bedürftigkeit und Schwere der Störung** (mit DSM IV-dringlicher Indikation), der Versorgungs-Schwerpunkt liegt naturgemäß bei vertraglich gebundenen niedergelassenen PsychotherapeutInnen und Institutionen.

Der Versorgungs-Schwerpunkt der Kostenzuschuss- bzw. Kostenersatz-Behandlung liegt bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen.

Psychotherapie sollte generell **OHNE Wartezeiten** angeboten werden. Das gilt umso mehr für SachleistungspatientInnen mit schweren und akuten Symptomatiken im Sinne einer Verhinderung von anhaltendem Verlust bestehender Selbstversorgungsfähigkeiten.

Primärprävention und Gesundheitsförderung sind keine Pflichtleistungen der Krankenkassen, ein sozial gestufter Anreiz wäre allerdings sinnvoll.

Prinzipiell zweckdienlich wäre eine fachliche Differenzierung der Behandlungsnotwendigkeit nach:

- Trübung/vorübergehender Störung eines Gesundheitszustandes,
- reaktiver/intermittierender Akuterkrankung,
- Systemerkrankung mit akuter oder subakuter oder chronischer Symptomatik,
- chronifizierter Erkrankung.

Zahlen und Fakten

Quellen:

Wittchen, H. U. et al: Size and Burden of Mental Disorders and Other Disorders of the Brain in Europe 2010.

HVSTr/SGKK: Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Wien/Salzburg, Juni 2011.

GÖG/ÖBIG: Versorgung mit Psychotherapie 2009.

12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen

38% der EU-Bevölkerung leiden an behandlungsbedürftigen, psychischen Störungen, wahrscheinlich sogar noch mehr. Ein Anstieg von 11 Prozent wird im Vergleich zum Jahr 2005 festgestellt. In der Vergangenheit waren psychische Erkrankungen zu niedrig eingeschätzt. Psychische Erkrankungen kommen in allen Altersgruppen vor. Besonders betroffen sind aber Frauen, Kinder/Jugendliche und alte Menschen.

Verteilung der Häufigkeit psychischer Störungen

- Angst 14%
 - Schlafstörungen 7%
 - Major Depression 6,9%
 - Somatoforme psychische Störungen 4,9%
 - Alkohol/Drogen-Abhängigkeit 4%
 - ADHD 5%
-
- EU-weit bekommt nur ein kleiner Teil (<1/3) adäquate Behandlung.
 - 83% der Kinder/Jugendlichen sind unbehandelt, 63% der Erwachsenen.
 - Die häufig praktizierte Strategie des Behandlungsschwerpunktes bei schweren Störungen wird als ineffizient betrachtet, erforderlich wäre Früherkennung und frühe Behandlung.
 - Ausgaben für Behandlung psychischer Störungen sollten 2,5 x höher sein.

Es gibt keine für Österreich repräsentative Gesundheits-Studie, aber sowohl die ÖBIG-Studie 2009 als auch die Daten-Erhebung des HVSTr/SGKK (Kassenleistungen für psychische Erkrankungen, Datenbasis 2009) bestätigen die EU-Fakten:

- 900.000 Personen nehmen in Österreich das Gesundheitswesen wegen psychischer Diagnosen in Anspruch, davon 46 Prozent im erwerbsfähigen Alter von 20. bis 60. Lebensjahr (Inzidenz >50% bei über 60-jährigen);
- 70.000 stationäre Aufenthalte mit psychischen Diagnosen;
- Geschätzte 200.000 bis 250.000 Personen sind von schweren und komplexen psychischen Störungen betroffen;
- 840.000 Personen nehmen Psychopharmaka, darunter 8100 Kinder unter 10 Jahren und 26.000 Jugendliche; Steigerung der Medikamentenverschreibung innerhalb von zwei Jahren um 17 Prozent;
- 78.000 Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen, 44 Prozent Neuzugänge zu psychisch-krankheitsbedingter Frühpension (Steigerung um 20% in den letzten zwei Jahren).

Etwa 65.000 Personen nehmen psychotherapeutische Medizin in Anspruch, d.h. viele 15- bis-30-Minuten-Interventionen werden als „Psychotherapie“ deklariert. Steigerung 4,1 Prozent. Für Psychotherapeutische Medizin wurden EUR 14,9 Mio von den Kassen ausgegeben.

Ausgaben für Psychotherapie EUR 46,8 Mio

46,8 Mio Ausgaben (Steigerung um 9,3 Prozent seit 2007, mehr in Richtung Sachleistung);

65.000 PatientInnen entsprechen einem Versorgungsgrad von gerade einmal 0,8 Prozent der Bevölkerung (Vgl: in Deutschland 2,5%):

- Sachleistung EUR 34,4 Mio, 35.000 Personen, 500.000 Psychotherapie-Einheiten, Steigerung um 13,6 Prozent, vorw. Einzeltherapie plus 70.000 Psychotherapie-Einheiten in spezialisierten Institutionen. Durchschnittliche Behandlungsdauer 4 Monate. (Muster für

durchschnittliche Behandlungsdauer z. B. Tiroler Sachleistungsmodell: 16-17 Monate, ohne Kurzinterventionen o. ä.)

- Kostenzuschuss EUR 12,4 Mio, 30.000 Personen, 550.000 Psychotherapie-Einheiten

Ausgaben für Psychopharmaka EUR 249 Mio

Wenn von den Krankenkassen nicht leistbare Kosten für Psychotherapie angeführt werden, so ist deren Relation zu den nicht hinterfragten Kosten für Psychopharmaka zu beachten: Sämtliche Psychopharmaka verursachen ca. 4-fache Kosten von Psychotherapie, allein Antidepressiva verursachen 40 Prozent höhere Kosten als Psychotherapie. Für die chemische Korrektur psychischer Entgleisungen wird ohne Hinterfragung ein Vielfaches ausgegeben. In Europa und in den USA wird mittlerweile von einer gesteuerten Über- und Fehlversorgung mit Psychopharmaka gesprochen.

Für Psychopharmaka wurden im Jahr 2009 EUR 249 Mio ausgegeben (Steigerung 30 Prozent gegenüber 2006): EUR 89,5 Mio für Antidepressiva, EUR 53,66 Mio für Antidementia (vorw. wirksamkeitsproblematische Ginkgko-Präparate), EUR 92,9 Mio für Antipsychotika, EUR 8,4 Mio für Tranquilizer.

Auszüge rechtliche Grundlagen

ASVG § 597. (5) Der Hauptverband und der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie haben zur Vorbereitung des Abschlusses eines Gesamtvertrages im Sinne des § 349 Abs. 2 ein Psychotherapiekonzept zu erstellen, das eine umfassende volkswirtschaftliche Kosten-Nutzen-Analyse zu enthalten hat. Die Gültigkeit bereits bestehender Verträge über die Erbringung psychotherapeutischer Leistungen wird dadurch nicht berührt.

ASVG § 349 Gesamtverträge Abs.2 Die Beziehungen zwischen den Trägern der Sozialversicherung (...) und den freiberuflich tätigen Psychotherapeuten werden durch (...) einen Gesamtvertrag mit den beruflichen Interessensvertretungen, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates (...) geregelt. Hierbei finden Anwendung (...), dass an Stelle der Ärztekammer die (...) freiwillige berufliche Interessensvertretung tritt. Stehen keine Gesamtverträge in Geltung, können für die Träger der Krankenversicherung vom Hauptverband Einzelverträge (...) abgeschlossen werden (...) bedürfen der Zustimmung des Trägers der Versicherung, für den sie abgeschlossen werden.

§ 133. 2 (...) Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.

Lt OGH 09/2009 sind Versorgungslösungen außerhalb des ASVG („Vereinslösungen“) zwar als Sozialprojekte zulässig, entbinden aber die KVTr. nicht, eine umfassende flächendeckende psychotherapeutische Krankenversorgung sicherzustellen.

Von Seiten der Rechtswissenschaft wird festgestellt, dass § 349-Einzelverträge mit niedergelassenen PsychotherapeutInnen („Schablonenvertrag“) oder Kostenzuschuss ASVG § 131 b nur Übergangslösungen zu einem Gesamtvertrag mit Sachleistungsversorgung i.S. von ASVG 133.2 und Kostenersatz ASVG § 131.(1) darstellen.