

Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psycho- therapeutischen Versorgung

Ergebnisbericht

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psycho- therapeutischen Versorgung

Ergebnisbericht

Autor/Autorinnen:

Alexander Grabenhofer-Eggerth

Aida Tanios

Sophie Sagerschnig

Daniela Kern

Sonja Valady

Fachliche Begleitung:

Magdalena Arrouas

Michael Kierein

Projektassistenz:

Menekşe Yilmaz

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt des Autors/der Autorinnen und nicht unbedingt jenen des Auftraggebers wieder.

Wien, im November 2019

Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz

Zitiervorschlag: Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Tanios, Aida; Sagerschnig, Sophie; Kern, Daniela; Valady, Sonja (2019): Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/5060

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH,
Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Hintergrund/Aufgabenstellung

Psychische Erkrankungen haben als Ursache für Krankenstände und frühzeitigen Pensionsantritt in den letzten 20 Jahren stark zugenommen. Die Unterstützungs- und Behandlungsangebote wurden im gleichen Zeitraum zwar deutlich ausgebaut, jedoch nicht durchgängig im erforderlichen und im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit notwendigen Ausmaß. Im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ wurde von BMASGK, HVB und WGKK gemeinsam als Maßnahme beschlossen, einen Anlauf zu einer bundesweiten Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung mit klinisch-psychologischer Diagnostik und Psychotherapie zu nehmen. Der Fokus der Arbeiten der GÖG lag dabei auf der Frage, wie die kassenfinanzierte Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie organisatorisch gestaltet sein kann, damit Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich an den best point of service gelangen.

Methoden

Gemeinsam mit allen Stakeholdern (inkl. Betroffenen und Angehörigenvertretung) wurden die aktuellen Problemlagen beschrieben, Kriterien zur Bewertung der Stärken und Schwächen bestehender Versorgungsmodelle entwickelt und anschließend Modelle guter Praxis ausgewählt, die genauer untersucht werden sollten. Mittels Interviews sowie Literatur- und Internetrecherchen wurden die Modelle anhand dieser Kriterien beschrieben und ihre Vor- und Nachteile bewertet. Auf Basis der Bewertungen wurde aus Bausteinen der untersuchten Modelle ein neues Modell entwickelt.

Ergebnisse/Modellentwicklung

Das aus den besten Elementen der untersuchten Modelle zusammengesetzte „Puzzle-Modell“ sieht zwei parallele Zugangswege zur Sachleistungsversorgung in der Psychotherapie vor: Ein Weg führt über Erstberatungs- und Clearing-/Assessmentstellen (idealerweise in One-Stop-Shops) und orientiert sich an den Modellen von Vorarlberg, Tirol und Oberösterreich. Der zweite Weg führt direkt über die niedergelassenen Therapeutinnen/Therapeuten und orientiert sich am Modell Salzburg.

Diskussion/Empfehlungen

Das „Puzzle-Modell“, das auf das gesamte psychosoziale Hilfsspektrum Augenmerk legt und multidisziplinär gestaltet ist, soll helfen, „Irrwege“ Hilfesuchender zu verhindern und sie dabei unterstützen, so schnell wie möglich zum jeweiligen best point of service zu gelangen. In Kombination mit definierten Anforderungen an die Ausbildung sollte es auch soweit steuernd wirken, dass die Kontingentierung der Leistung aufgehoben werden kann. Eine Pilotierung der Umsetzung sollte in mehreren Regionen durchgeführt werden.

Da die Unterschiede zwischen Leistungen von Psychotherapie, klinisch-psychologischer Behandlung und psychotherapeutischer Medizin für Patientinnen und Patienten kaum nachvollziehbar sind und eine Abgrenzung der Leistungen anhand wissenschaftlicher Evidenz schwierig ist, sollte künftig eine stärkere Annäherung der Berufsgruppen angestrebt werden.

Schlüsselwörter

Psychotherapie, Sachleistungsversorgung, Clearing, Assessment

Summary

Background/Subject

In the last 20 years, there has been a sharp increase in mental illness as a cause of sickness and early retirement. Support and treatment services have been significantly expanded over the same period, but not consistently to the extent required and necessary in terms of health equity. As part of the work on the Austrian health target 9 "Promoting psychosocial health among all population groups", the BMASGK, HVB and WGKK jointly decided as a measure to make an attempt at a nationwide further development of the provision of benefits in kind with clinical-psychological diagnostics and psychotherapy. The focus of the GÖG's work was on the question of how health insurance-financed care in kind with psychotherapy can be organised so that patients can get to the best point of service as quickly as possible.

Methods

Together with all stakeholders (including experts by experience and relatives' representatives), the current problems were described, criteria for assessing the strengths and weaknesses of existing care models were developed and then models of good practice were selected for closer examination. Using interviews, literature and internet research, the models were described using these criteria and their advantages and disadvantages were evaluated. On the basis of the evaluations, a new model was developed from building blocks of the models examined.

Results/Model development

The "puzzle model", composed of the best elements of the models examined, provides for two parallel access routes to care in kind in psychotherapy: One path leads via initial counselling and clearing/assessment centres (ideally in one-stop shops) and is based on the models of Vorarlberg, Tyrol and Upper Austria. The second route leads directly through the established therapists and is based on the Salzburg model.

Discussion/Recommendations

The "puzzle model", which focuses on the entire psychosocial help spectrum and is multidisciplinary in design, is supposed to help prevent "wrong ways" of those seeking help and support them in getting to the respective best point of service as quickly as possible. In combination with defined training requirements, it should also have a steering effect to such an extent that the allocation of services can be lifted. The implementation should be piloted in several regions.

Since the differences between the services of psychotherapy, clinical psychological treatment and psychotherapeutic medicine are hardly comprehensible to patients and a delimitation of the services on the basis of scientific evidence is difficult, a greater convergence of the professional groups should be sought in the future.

Keywords

Psychotherapy, benefits in kind, Clearing, Assessment

Inhalt

Kurzfassung.....	III
Summary.....	V
Abbildungen.....	IX
Abkürzungen.....	X
1 Einleitung	1
2 Aufgaben/Ziele und Nicht-Ziele des Projekts.....	3
2.1 Aufgaben/Ziele	3
2.2 Nicht-Ziele	3
3 Projektdesign/Methoden.....	5
4 Ist-Stand: Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Österreich	6
4.1 Organisation der extramuralen psychotherapeutischen Versorgung	6
4.2 Organisation der extramuralen klinisch-psychologischen Versorgung	7
5 Ergebnisse des Workshops und der Arbeitsgruppen	9
5.1 Experten-Workshop: Was funktioniert, was funktioniert nicht?.....	9
5.2 Arbeitsgruppenergebnis: Einbettung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in die psychosoziale Versorgung	15
5.3 Arbeitsgruppenergebnis: Kriterien zur Bewertung und Auswahl der zu untersuchenden Modelle	18
6 Ergebnisse: Die untersuchten Modelle der psychotherapeutischen Versorgung	20
6.1 Deutsches Modell.....	20
6.2 Modell „Alkohol. Leben können.“	22
6.3 Clearingstelle für Psychotherapie Niederösterreich	23
6.4 Clearingstelle für Psychotherapie Oberösterreich	24
6.5 Modell Vorarlberg	25
6.6 Modell Tirol	26
6.7 Modell Salzburg	27
7 Modellentwicklung.....	29
7.1 Das „Puzzle-Modell“	30
7.1.1 Weg 1	31
7.1.2 Weg 2	33
7.1.3 Rahmenbedingungen	34
7.1.4 Exkurs Diagnostik	35
7.1.5 Pilotierung und Evaluierung.....	35
7.2 Psychologische Versorgung.....	36
8 Diskussion.....	37
8.1 Geklärte Fragen	37
8.2 Offene Fragen, Problemfelder und mögliche Lösungsansätze.....	37
9 Quellen und Literatur	40

Abbildungen

Abbildung 5.1:	Diskussionsgrundlage: Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialer Unterstützung.....	15
Abbildung 5.2:	Diskussionsgrundlage: Möglichkeiten zur Verortung von Informations- und Clearingangeboten.....	16
Abbildung 7.1:	Merkmale von „Wicked Problems“	30
Abbildung 7.2:	Weg 1 zur Psychotherapie	32
Abbildung 7.3:	Weg 2 zur Psychotherapie	33

Abkürzungen

ÄK	Ärztchammer
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BÖP	Berufsverband Österreichischer PsychologInnen
Bsp.	Beispiel
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d. h.	das heißt
DSM-IV/DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Version IV bzw. 5)
Ges.f.P.V.T.	Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols
ggf.	gegebenenfalls
GkPP	Gesellschaft kritischer Psychologen und Psychologinnen
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ9	Gesundheitsziel 9
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Version 10
ifs	Institut für Sozialdienste gemeinnützige GmbH (Vorarlberg)
IHS	Institut für höhere Studien
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie u. Psychosomatik
PHC	Primary Health Care (Primärversorgung)
PROGES	vormals „Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit“ – PGA
PSD	Psychosozialer Dienst
PV	Pensionsversicherung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
SV	Sozialversicherung
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
u. a.	unter anderem
v. a.	vor allem
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
vgl.	vergleiche
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Psychische Erkrankungen haben als Ursache für Krankenstände und frühzeitigen Pensionsantritt in den letzten 20 Jahren stark zugenommen. Die Unterstützungs- und Behandlungsangebote wurden im gleichen Zeitraum zwar deutlich ausgebaut, jedoch nicht durchgängig im erforderlichen und im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit notwendigen Ausmaß. Neben dem Leid für die Betroffenen verursachen psychische Erkrankungen auch direkte und indirekte Kosten und haben somit auch große volkswirtschaftliche Bedeutung. Schenkt man der WHO¹ und internationalen Studien Glauben, zählt die adäquate Versorgung psychisch Kranker in Zukunft zu den größten Herausforderungen für die Gesundheitssysteme (vgl. Olesen et al. 2012).

Epidemiologische Studien zeigen, dass jährlich etwa 25 bis 30 Prozent der Bevölkerung an einer psychischen Krankheit erkranken (Jacobi et al. 2014), allerdings nehmen kaum mehr als zehn Prozent der Bevölkerung wegen dieser Erkrankungen jährlich Kontakt zum kassenfinanzierten Hilfsystem auf (HVB 2011). Für welche Erkrankungen welche Leistungen benötigt werden und durch welche Berufsgruppen diese Leistungen in welchem Ausmaß erbracht werden sollten, ist aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen Staaten, aber auch aufgrund sehr lückenhafter Daten de facto nicht zu beurteilen. Entsprechende Expertenschätzungen sind daher zumeist stark umstritten. Eine wichtige Säule in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen stellt jedenfalls die Behandlung mit Psychotherapie dar. Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) erfasste bereits mehrfach (und zwar für die Jahre 2001, 2004, 2007, 2009 und 2014) die Versorgungslage im Bereich Psychotherapie. Auch das IHS (Riedel 2015) befasste sich mit den Modellen der Psychotherapieversorgung in Österreich. Darüber hinaus untersuchte die GÖG in einer rezenten Studie hinderliche und fördernde Faktoren für die Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen wie Psychotherapie und psychiatrische Rehabilitation (Sagerschnig et al. 2018). Zentraler Aspekt dieser Studie waren Interviews mit Patientinnen und Patienten – die Erkenntnisse daraus waren ein Ansatzpunkt für die Arbeiten zum vorliegenden Projekt.

Im Zuge der Arbeiten zum österreichischen Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ (GZ9) wurde – im Gegensatz zu den ersten acht Gesundheitszielen – explizit der Bereich der Versorgung mitbehandelt (BMASGK 2019). Einer der zentralen Aspekte war dabei der Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung. Parallel dazu ist der Ausbau der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung auch Teil des Zielsteuerungsvertrags Gesundheit 2017 bis 2021 (Zielsteuerung-Gesundheit 2017).

Das GZ9-Projekt „Konzept für eine gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung“ ist ein Gemeinschaftsprojekt des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), des Haupt-

1

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/mental-health>
(abgerufen am 3. 7. 2018)

verbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und der Wiener Gebietskrankenkasse (WGKK). Dementsprechend wurde eine Projektsteuerungsgruppe bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern dieser drei Organisationen eingerichtet. Die konzeptuellen Arbeiten der GÖG sowie deren Abnahme fanden im Auftrag des bzw. durch das BMASGK statt.

Zusätzlich wurden von BMASGK und HVB gemeinsam Recherchen, Daten und Evidenzauflösungen beauftragt, die die Arbeiten zur Konzepterstellung unterstützen sollten. Die gemeinschaftliche Abnahme dieser Arbeiten lag bei HVB und BMASGK.

2 Aufgaben/Ziele und Nicht-Ziele des Projekts

2.1 Aufgaben/Ziele

Von BMASGK, HVB und WGKK wurde als Maßnahme zu Gesundheitsziel 9 (BMASGK 2019) beschlossen, im Sinne des Gesundheitsziele-Prinzips die Chancengerechtigkeit zu fördern und in Einklang mit dem Gesundheitsziel „Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von Herkunft und Alter, sorgen“ (Gesundheitsziel 2 (BMGF 2017)) einen Anlauf zu einer bundesweiten Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung mit klinisch-psychologischer Diagnostik und Psychotherapie zu nehmen.

In einem Kick-off-Treffen mit dem Auftraggeber (BMASGK) und den Kooperationspartnern (HVB, WGKK) wurden die Rahmenbedingungen des Projekts, dessen Ziele und Nicht-Ziele festgelegt: Aufbauend auf den vorhandenen Lösungen und unter Berücksichtigung von Best-Practice-Modellen sollte gemeinsam mit allen relevanten Akteurinnen und Akteuren ein Konzept für eine gesamthafte Lösung für die Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Österreich entwickelt werden. Der Fokus der Arbeiten der GÖG sollte dabei auf der Frage liegen, wie die kassenfinanzierte Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie organisatorisch gestaltet sein soll, damit Patientinnen und Patienten so schnell wie möglich an den best point of service gelangen. Die Entwicklung eines darüber hinausgehenden bundesweiten Finanzierungskonzepts war nicht Teil des Auftrags an die GÖG.

Es sollte versucht werden, das Konzept aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten zu denken und zu entwickeln. Basis dafür sollte die Beschreibung von Vor- und Nachteilen ausgewählter bereits existierender Modelle der Sachleistungsversorgung und die Skizzierung offener Fragen sein. Ergebnis soll eine erste Entscheidungsgrundlage für die Auftraggeber zur Weiterentwicklung der Versorgung mit Psychotherapie und klinisch-psychologischer Diagnostik sein.

2.2 Nicht-Ziele

Während es international stetig wachsende wissenschaftliche Evidenz dazu gibt, welche therapeutischen Leistungen bei welchen Erkrankungen wirksam sind, ist es in Österreich oft nicht klar, welche Leistungen von welcher Berufsgruppe erbracht und von der Krankenversicherung finanziert werden sollten. Die in Österreich bestehenden Überschneidungen der therapeutischen Leistungen von Klinischen Psychologinnen/Klinischen Psychologen (nach neuer Ausbildungsordnung), Psychotherapeutinnen/-therapeuten und teilweise auch von Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin sowie Ärztinnen bzw. Ärzten mit dem Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY-III) sind in der internationalen wissenschaftlichen Literatur nicht berücksichtigt, da in den meisten Ländern die therapeutischen Leistungen unter „Psychotherapie“ subsumiert werden. Eine Entscheidung darüber, welche Leistungen von welcher Berufsgruppe erbracht

und von der Krankenversicherung bezahlt werden sollten, ist also anhand der vorliegenden internationalen wissenschaftlichen Evidenz nicht möglich (siehe auch (Patera/Reinsperger 2013)). Explizites Nicht-Ziel dieses Projekts war daher die Auflösung dieser Problematik und damit einhergehend die Auflösung der Berufsgruppenkonflikte und Kompromissfindung zwischen den Berufsgruppen, die dafür vermutlich notwendige Neugestaltung der Ausbildungen sowie die Vorwegnahme der dafür notwendigen (politischen) Entscheidungen.

3 Projektdesign/Methoden

In Ermangelung einheitlicher Datengrundlagen ist der Vergleich der bestehenden Modelle bzw. die Identifikation von Modellen guter Praxis anhand von Daten nicht möglich (siehe dazu auch (Riedel 2015)). Um aber das Ziel, das bestehende System unter Heranziehung von Best-Practice-Aspekten weiterzuentwickeln, umsetzen zu können, musste vorab ein Weg zur Auswahl und Bewertung der bestehenden Modelle gefunden werden.

Im Juni 2018 wurde daher ein ganztägiger multidisziplinärer Experten-Workshop veranstaltet, an dem Vertreter/-innen folgender Institutionen teilnahmen (in alphabetischer Reihenfolge):

- » Angehörigenvertreter/-innen
- » Betroffenenvertreter/-innen
- » BMASGK
- » BÖP
- » GkPP
- » HVB, GKK, PVA
- » ÖBVP
- » ÖGKJP
- » ÖGPP

Im Zentrum des Workshops standen die Präsentation des Ist-Stands, der patientenorientierte Problemaufriss zum Thema „psychotherapeutische und psychologische Versorgung“, die Kontextualisierung der Versorgung (Ausbau der Primärversorgungseinheiten, Vorgaben des Zielsteuerungsvertrags Gesundheit, gesellschaftlicher Wandel, ...) und ausgewählte Lösungsideen im Sinne (internationaler) Good-Practice-Beispiele.

In der Folge wurden unter Einbindung aller Stakeholder in weiteren Arbeitsgruppensitzungen der Ist-Stand des Zugangs zu psychosozialer Versorgung ganz allgemein skizziert und neue Ideen diskutiert, Bewertungskriterien für Versorgungsmodelle definiert und die zu untersuchenden Modelle ausgewählt.

Anhand der definierten Bewertungskriterien wurden in einem nächsten Schritt die einzelnen ausgewählten Good-Practice-Modelle mittels Telefoninterviews, Literatur- und Internetrecherchen vom Projektteam der GÖG untersucht und für den vorliegenden Bericht aufbereitet. Auf Basis der Bewertungen wurde vom GÖG-Team aus Bausteinen der untersuchten Modelle ein neues Modell entwickelt.

4 Ist-Stand: Organisation der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in Österreich

4.1 Organisation der extramuralen psychotherapeutischen Versorgung

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 1991) wurden Psychotherapie und klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Im Bereich Psychotherapie gibt es trotz langjähriger Verhandlungen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) keinen Gesamtvertrag.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sieht vor, dass, solange kein Gesamtvertrag in Geltung steht, für die Träger der Krankenversicherung vom HVB Einzelverträge mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/-therapeutinnen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden können (99. Bundesgesetz: Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (58. Novelle zum ASVG) 2001). Solche Einzelverträge gibt es derzeit allerdings nicht. Seit dem Jahr 2000 schlossen aber zahlreiche Krankenversicherungsträger mit psychotherapeutischen Versorgungsvereinen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung. Zusätzlich zu diesen Verträgen existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung. Die Krankenversicherungsträger leisten auf Antrag der Patientinnen/Patienten und nach Bewilligung durch die Krankenkasse Zuschüsse zu den bezahlten Honoraren, differenziert nach Einzel- und Gruppentherapie; die seit 1992 geltenden Zuschüsse in der Höhe von € 21,80 wurden viele Jahre hindurch nicht erhöht². Weiters schloss eine Reihe psychosozialer Institutionen Verträge mit Versicherungsträgern ab und kann kostenlos Psychotherapie für ihre Klientinnen und Klienten anbieten. Psychotherapie kann auch in den eigenen Einrichtungen mancher Kassen für die Betroffenen kostenfrei in Anspruch genommen werden. Ein weiteres Angebot sind die von Ärztinnen und Ärzten unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ mit den Sozialversicherungsträgern abgerechneten Therapieeinheiten.

Auf dieser Basis entwickelten sich in den einzelnen Bundesländern ganz unterschiedliche Modelle der psychotherapeutischen Versorgung (siehe (Riedel 2015) bzw. (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2019)). Gemeinsam ist den Modellen, dass es eine Kontingentierung des Angebots und im Regelfall (teils beträchtliche) Wartezeiten auf einen voll kassenfinanzierten Psychotherapieplatz gibt.

2

Erst im Jahr 2018 wurde der Zuschuss von den Gebietskrankenkassen auf € 28 erhöht (andere Kassen hatten den Zuschuss teilweise schon in den Jahren davor erhöht).

In einer von BMASGK und HVB in Auftrag gegebenen Studie untersuchte die GÖG einem Mixed-Methods-Approach folgend einerseits auf Basis von Abrechnungsdaten der TGKK und BGKK und andererseits über Patienteninterviews fördernde und hinderliche Faktoren u. a. in der Inanspruchnahme von Psychotherapie (Sagerschnig et al. 2018). In Bezug auf die Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen machen die Interviews deutlich, dass aus Betroffenen­sicht oftmals **Anlauf-/Clearingstellen oder Vermittlungsstellen** fehlen oder zu wenig bekannt sind: Selbst sehr erfahrene Betroffene sind in psychischen Krisensituationen damit überfordert, sich im „Dschungel“ der psychosozialen Versorgungsangebote angemessene Hilfe zu suchen, und sie erleben dabei zu wenig Unterstützung. Neben dem Ausbau entsprechender Anlauf-/Clearingstellen oder Vermittlungsstellen könnte auch eine gestärkte und funktionierende Primärversorgung hier eine wichtige Rolle übernehmen. Viele Betroffene erleben darüber hinaus eine **mangelhafte Koordination der unterschiedlichen Versorgungsangebote** (auch gesundheits- und sozialbereichübergreifend). Als hinderlich erleben viele Betroffene auch die mangelhafte **Finanzierung** von Hilfsangeboten, v. a. den eingeschränkten Zugang (Kontingentierung, Wartezeiten) zu Psychotherapie als Sachleistung.

Betroffene berichten häufig von der Erfahrung einer nach wie vor mangelhaften Aufklärung über psychische Erkrankungen, deren Behandlungsmöglichkeiten und Hilfsangebote in diesem Bereich. Transparente **Information und Kommunikation** durch Gesundheitsversorger, das Einrichten von Hotlines zur Informationsvermittlung (bzw. möglicherweise ein verstärktes Nutzbarmachen, Bewerben und Evaluieren bestehender Angebote wie die *Gesundheitsnummer 1450* spezifisch für Menschen mit psychischen Problemen), die Verbesserung der Qualität von Gesprächen mit Gesundheitsfachkräften, aber auch Maßnahmen zur **Entstigmatisierung** psychischer Erkrankungen scheinen hier wichtige Ansatzpunkte zu sein (Sagerschnig et al. 2018).

4.2 Organisation der extramuralen klinisch-psychologischen Versorgung

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz 1991) wurden Psychotherapie sowie klinisch-psychologische Diagnostik der ärztlichen Tätigkeit gleichgestellt und in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen. Anders als bei der Psychotherapie gibt es bei der klinisch-psychologischen Diagnostik einen Gesamtvertrag zwischen dem HVB und dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP).

Der Beruf der Klinischen Psychologin/des Klinischen Psychologen sowie die Ausbildung dazu ist im Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013) geregelt. So werden etwa die Voraussetzungen beschrieben, die den Zugang zur postgraduellen Ausbildung in Klinischer Psychologie (wie auch Gesundheitspsychologie) ermöglichen, wie etwa ein abgeschlossenes Studium der Psychologie, das bestimmte Kriterien erfüllt. Das Gesetz beschreibt auch Tätigkeiten, die unter einen sogenannten „Tätigkeitsvorbehalt“ fallen. Das heißt, dass sie ausschließlich Berufsangehörigen der Klinischen Psychologie vorbehalten sind. Unter diese Tätigkeiten fallen die klinisch-psychologische Diagnostik sowie darauf aufbauende klinisch-psychologische Befunde und Gutachten (§ 22 Abs 2 Zi 1–2 Psychologengesetz (Psychologengesetz 2013)). Die Anwendung klinisch-psychologischer

Behandlungsmethoden ist genauso wie die Begleitung von Betroffenen und Angehörigen in Krisensituationen, die klinisch-psychologische Beratung und die klinisch-psychologische Evaluation als Tätigkeitsbereich im Gesetz explizit erwähnt, fällt jedoch nicht unter den oben beschriebenen Tätigkeitsvorbehalt.

Anders als im stationären Setting (Grabenhofer-Eggerth 2012) ist die klinisch-psychologische Versorgung im extramuralen Bereich geprägt von der Diskrepanz zwischen gesetzlicher Befugnis und Verrechnungsmöglichkeiten mit den Sozialversicherungsträgern. Während im Psychologengesetz der Tätigkeitsbereich Klinischer Psychologinnen und Klinischer Psychologen breiter gefasst ist, sieht der Gesamtvertrag zwischen Hauptverband und BÖP aus dem Jahr 1994 vor, dass lediglich klinisch-psychologische Diagnostik als Kassenleistung abgerechnet werden kann. Zu diesem Zweck werden Vertragspsychologinnen und -psychologen im Rahmen eines bundesweiten Kontingents ausgewählt. Kriterien dafür finden sich im Gesamtvertrag. Voraussetzung für die Direktverrechnung mit den Krankenkassen ist eine Überweisung zur klinisch-psychologischen Diagnostik durch eine/n Ärztin/Arzt oder eine/n Psychotherapeutin bzw. -therapeuten. Zusätzlich zur Liste der Vertragspsychologinnen und -psychologen gibt es Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen, die in die Wahlpsychologenliste des Hauptverbands aufgenommen wurden.

5 Ergebnisse des Workshops und der Arbeitsgruppen

5.1 Experten-Workshop: Was funktioniert, was funktioniert nicht?

Im Rahmen eines ganztägigen multidisziplinären Experten-Workshops im Juni 2018 wurden in nach Akteurs- bzw. Berufsgruppen getrennten Kleingruppen Fragen zum aktuellen Versorgungssystem und zu Herausforderungen sowie Lösungsideen diskutiert. Im Folgenden werden die auf Plakaten gesammelten Ergebnisse transkribiert und nach den Fragen sortiert wiedergegeben.

Frage 1: Was funktioniert bei der aktuellen Versorgung gut?

Gruppe Betroffene – Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung

» –

Gruppe Angehörige

» Vereinslösung (Modell Salzburg)

Gruppe ÖBVP

- » Patientenversorgung über Clearingstelle (+: Salzburger Modell)
- » individuelle bedarfsgerechte Versorgung
- » Spezialgebiete durch Expertinnen und Experten abgedeckt (Kinder- und Jugendpsychotherapie, Transgender); Studien belegen die Wirksamkeit.

Gruppe Psychologie

- » Es gibt kassenfinanzierte Angebote.
- » kostenlose Anlaufstellen – niederschwellige Angebote
- » Interdisziplinarität nimmt zu.
- » viel Engagement

Gruppe Psychiatrie – ÖGPP

- » gute Lösungen in einzelnen Regionen (z. B. Salzburg)
- » Anti-Stigma-Ansätze quer über die „Psy“-Berufsgruppen

Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

- » bessere Qualifikation (Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie)
- » Versorgung außerhalb von Kassenfinanzierung ganz okay
- » zum Teil bessere Diagnostik vorab, jedoch deutlich „Luft nach oben“

Gruppe BMASGK, HVB, WGKK, PVA

- » grundsätzlich hat jede/-r Zugang, für alle Gruppen der Bevölkerung
- » spezifische Angebote in Ballungsgebieten (diverse Störungen, niederschwellige Angebote)
- » Stellenwert der psychischen Erkrankungen ist gestiegen (Selbsthilfegruppen, Gesundheitsdiensteanbieter)

Frage 2: Worin bestehen zentrale Herausforderungen, Probleme?

Gruppe Betroffene – Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung

- » lange Wartezeit auf Psychotherapieplatz
- » mobile psychotherapeutische Versorgung für Patientinnen/Patienten, die selbst nirgends mehr hinfahren können (z. B. wegen Depressionen)
- » Fokus auf die Betroffenen legen!!!!
- » Psychotherapie auf Krankenschein für alle (keine Kontingente mehr und ganzjährig)

Gruppe Angehörige

- » Clearing-Lösung
- » niederschwellig, aufsuchend --> barrierefrei!
- » kurzfristige Verfügbarkeit
- » unzureichende Finanzierung (bedarfsgerecht in Hinblick auf Ausmaß/Methode) bei Psychotherapie und psychiatrischer Kassenstelle
- » Patientenorientierung (--> Psychotherapie/Psychiatrie/Klinische Psychologie? „Wurst, wer was macht, helfen muss es.“)

Gruppe ÖBVP

- » freie Therapeutenwahl nur bei Zuschuss-Psychotherapie
- » Kontingente oft im Halbjahr aufgebraucht/knapp
- » Sachleistungsbezahlung zu gering, in manchen ländlichen Regionen arbeitet niemand für dieses Geld

Gruppe Psychologie

- » Diagnostik --> Behandlungspfade fehlen
- » bedarfs- und bedürfnisgerechte Behandlung
- » Ausbildungs- und Qualifikationsharmonisierung
- » fehlende Transparenz (Angebote, Evaluation, Qualität bei psychischer Erkrankung, Outcome)
- » Finanzierung klinisch-psychologischer Behandlung

Gruppe Psychiatrie – ÖGPP

- » Heterogenität der psychotherapeutischen Methodik und sehr unterschiedliche Expertise in Hinblick auf psychische Krankheiten
- » „Stadt-Land-Gefälle“
- » Erstattung --> rasche Termine (gilt für alle „Psy“-Berufe)

Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

- » zu wenig qualifizierte Säuglings-, Kinder- und Jugend-Psychologinnen/-Psychologen mit diagnostischer Kompetenz
- » kassenfinanzierte niedergelassene Psychotherapeutinnen/-therapeuten
- » bessere Kooperation der Stakeholder (Schule, Kinder- und Jugendhilfe, Kindergarten, Wohngemeinschaften, ...)

Gruppe BMASGK, HVB, WGKK, PVA

- » Schnittstellen (SV, PVA, ...) verbessern (früh-, rechtzeitig, Case Management, Nachsorge)
- » Harmonisierung der Zugangskriterien (Bewilligung, ...) österreichweit für alle Krankenversicherungsträger / alle Versicherten
- » Datenlage verbessern (Nomenklatur der Leistungen)
- » Ausbau der umfassenden Sachleistungsversorgung (Landes(mit-)finanzierung / „weiße Flecken“)

Frage 3: Was kann die eigene Akteursgruppe zur Reduktion / Überwindung der Probleme / Herausforderungen beitragen?

Gruppe Betroffene – Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung

- » Ausbau des niederschweligen Bereichs für Expertinnen/Experten in eigener Sache, um therapeutische Angebote sinnvoll zu ergänzen
- » Forcieren der Peer-Beratung
- » Einfordern von Bezahlung für Peer-Arbeit, um therapeutische Arbeit zu ergänzen

Gruppe Angehörige

- » Clearing für Angehörige
- » Abbau von Stigmatisierung
- » Mitarbeit bei Aus- und Weiterbildung (trialogisch!)

Gruppe Psychotherapie

- » Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit, Information
- » Primärversorgung --> Versorgung im ländlichen Raum
- » Stigmatisierung reduzieren

Gruppe Psychologie

- » strukturiertes Vorgehen
- » Behandlungspfade entwickeln und beitragen
- » Versorgung sicherstellen (wenn im ASVG)
- » enge Zusammenarbeit miteinander

Gruppe Psychiatrie – ÖGPP

- » Angebot der Expertise für psychische Krankheiten
- » Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, z. B. in der (Akut-)Psychiatrie
- » Bereitschaft zur Zusammenarbeit – regionale Verbund-Lösungen

Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

- » Angebot an Ausbildung für Psychotherapie und Psychologie
- » differenzierte Diagnostik und sorgfältige Übergabe an Behandler/-in
- » unermüdliches Hinweisen auf die Defizite für Klientinnen und Klienten

Gruppe BMASGK, HVB, WGKK, PVA

- » Stellenwert der Diagnostik und Qualität steigern
- » Bereitschaft zur Harmonisierung, Akzeptanz für einheitliche Lösungen
- » bessere SV-interne Zuweisungsmöglichkeit (Krankenstände, Rehabilitation)

Frage 4: Was können andere (mit Nennung konkreter Akteursgruppen) beitragen?

Gruppe Betroffene – Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung

- » Politik soll Finanzierung bereitstellen.
- » „Soziales“ und „Gesundheit“ an einen Tisch!!!

Gruppe Angehörige

- » Untersuchung der Hintergründe für kurze durchschnittliche Therapiedauer (HVB, PV?)
- » extra Honorierung für ländlichen Bereich (HVB, SV)?

Gruppe ÖBVP

- » SV = Kontingente-Bezahlung
- » Ministerium = Psychotherapiegesetz-Novelle: Akademisierung = Qualität steigt, clustern
- » intensivere Vernetzung Ärztinnen/Ärzte, z. B. Allgemeinmediziner/-innen im ländlichen Raum
- » ASVG-Gesamtvertrag wie Psychologie

Gruppe Psychologie

- » HVB, Träger, ÄK: Vereinheitlichung
- » Öffnung der Universitäten: mehr Innovation/Interdisziplinarität
- » Outcome-Forschung
- » Mind opening
- » Enttabuisierung/Aufklärung

Gruppe Psychiatrie – ÖGPP

- » Psychotherapeutinnen/-therapeuten: große Gruppe --> können rasch reagieren
- » SV: einheitliches Erstattungsmodell
- » ländlicher Bereich: EDV-basierte Ansätze --> Gesetzgeber?

Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

- » Kassen sind sich der Verantwortung bewusst
- » Elternarbeit (Therapie und Beratung ist essentieller Bestandteil der Säuglings-, Kinder- und Jugendpsychotherapie)
- » finanzielle Anreize für dezentrale Versorgung

Gruppe BMASGK, HVB, WGKK, PVA

- » Bundesministerium (Psychotherapiegesetz NEU)
- » Bekenntnis zur Qualität durch Berufsgruppen (Spezialisierung) und Normierung
- » Finanzierung der psychiatrischen Rehabilitation (stationär und ambulant) aus einer Hand

Frage 5: Gibt es weitere innovative (Lösungs-)Ansätze und Arbeiten, die berücksichtigt werden sollten?

Gruppe Betroffene – Expertinnen/Experten aus eigener Erfahrung

» –

Gruppe Angehörige

- » psychosoziales Clearing (Beratung, Sozialarbeit, Vermittlung passender Therapie, gemeinsame Terminvereinbarung)
- » Qualitätssicherung in Bezug auf psychosoziales Clearing, z. B. erfolgreiche Vermittlungsquote
- » PHC (Integration von Beratung, Clearing, Akutbehandlung)

Gruppe ÖBVP

- » Optimierung der Best-Practice-Modelle (Clearing etc.)

Gruppe Psychologie

- » Stufenkonzept: Eingangsdiagnostik, Behandlungspfad von niederschwelligem Angebot bis zur hochqualifizierten Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen
- » Klinische Psychologie und Psychotherapie als Kassenleistung --> Qualifikationskriterien für Kassenleistung bezogen auf Diagnosestellung

Gruppe Psychiatrie – ÖGPP

- » „deutsches Modell“? --> Stepped-Care

Gruppe Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP)

- » Keine Erwachsenenmodelle!!! Reden Sie mit den Kinder- und Jugendpsychiatern/-psychiatrinnen und Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Kinder und Jugendliche brauchen eigene, spezifische Modelle.

Gruppe BMASGK, HVB, WGKK, PVA

- » Steigerung der Gesundheitskompetenz (Versicherte und Berufsgruppen)

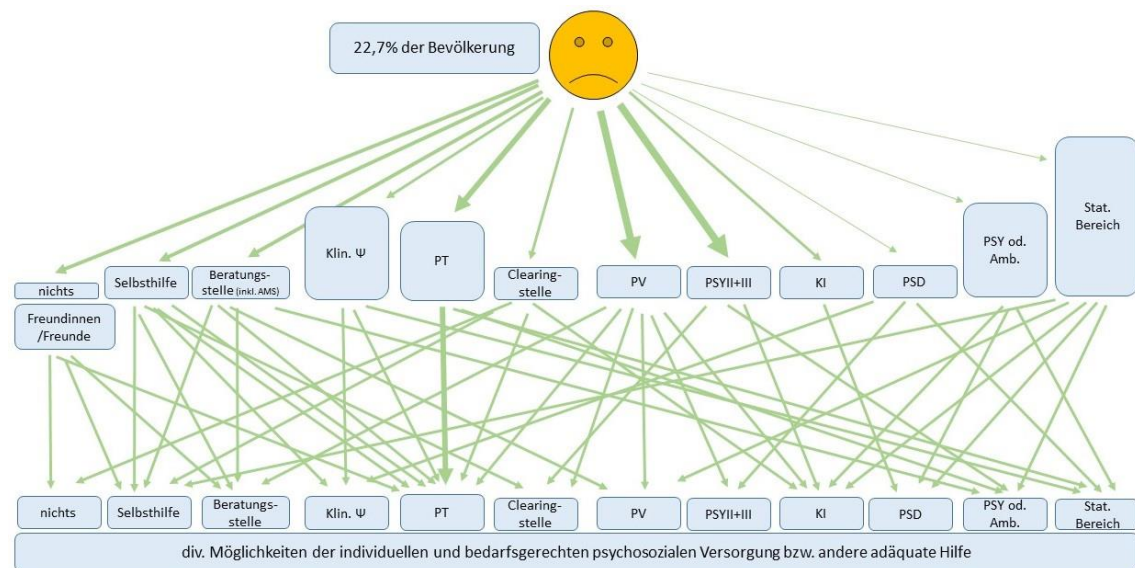
5.2 Arbeitsgruppenergebnis: Einbettung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung in die psychosoziale Versorgung

Die psychologische und psychotherapeutische Versorgung ist nur ein Teil eines sehr breit gefächerten Angebots an psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten – die Wege zum persönlichen best point of service sind daher oft verschlungen. Dies zeigte sich auch sehr deutlich bei den Interviews im Rahmen der Studie zu fördernden und hinderlichen Faktoren für die Inanspruchnahme psychosozialer Leistungen ((Sagerschnig et al. 2018) oder (Katschnig 2011)).

Um den Ist-Stand des Zugangs zu den Versorgungseleistungen zu diskutieren und entsprechende Weichenstellungen zu den einzelnen Angeboten genauer zu analysieren, wurden in einer Arbeitsgruppen-Sitzung mit allen beteiligten Berufsgruppen sowie mit Betroffenen- und Angehörigenvertretungen die üblichen Zugangswege zu psychosozialen Leistungen im Allgemeinen und zu klinisch-psychologischer Diagnostik und Psychotherapie im Besonderen diskutiert. Als Diskussionsgrundlage diente die grafische Darstellung der möglichen Unterstützungsangebote, der Clearing- und der Weitervermittlungsmöglichkeiten (siehe Abbildung 5.1 und Abbildung 5.2). Im Zentrum standen Personen mit F-Diagnose nach ICD-10 (laut epidemiologischen Daten sind jährlich zumindest 22,7 % der österreichischen Bevölkerung betroffen (Wancata 2017)).

Abbildung 5.1:

Diskussionsgrundlage: Zugangsmöglichkeiten zu psychosozialer Unterstützung

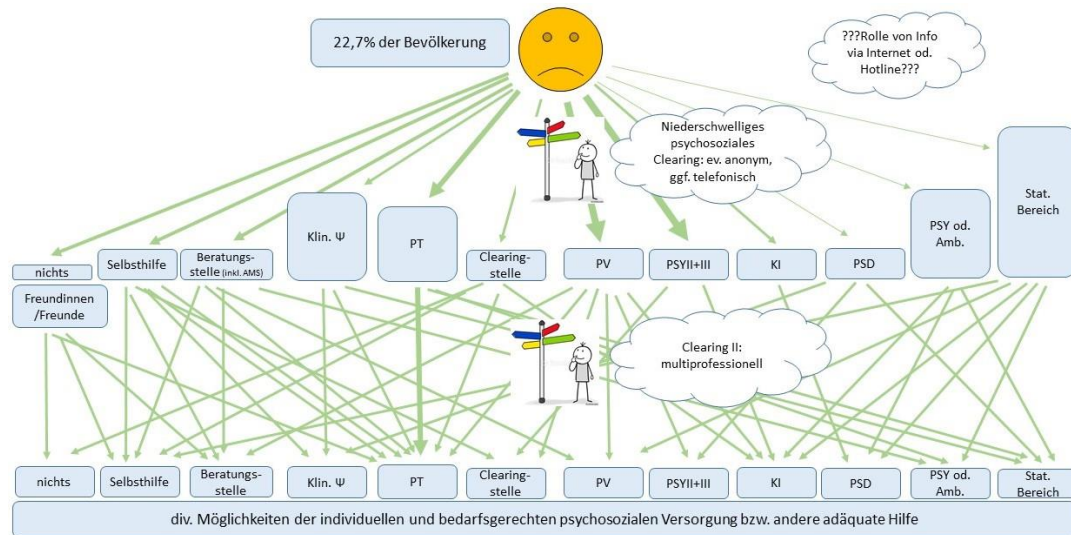


KI = Krisenintervention; Klin. Ψ = Klinische Psychologie; PSD = Psychosozialer Dienst; PSY = Psychiaterin/Psychiater; PT = Psychotherapie; PV = Primärversorgung

Darstellung: GÖG

Abbildung 5.2:

Diskussionsgrundlage: Möglichkeiten zur Verortung von Informations- und Clearingangeboten



KI = Krisenintervention; Klin. Ψ = Klinische Psychologie; PSD = Psychosozialer Dienst; PSY = Psychiaterin/Psychiater; PT = Psychotherapie; PV = Primärversorgung

Darstellung: GÖG

Die zentrale Frage in der Diskussion war, wie Personen so schnell wie möglich an das für sie richtige Hilfsangebot kommen können. Im Folgenden findet sich ein Auszug aus dem Protokoll der Arbeitsgruppensitzung.

Generelle Diskussionspunkte waren:

- » Beispiel PSD: psychosoziale Hotline (Telefon)
Wer ruft an? Oft nicht Betroffene, sondern Angehörige. ==> Hier braucht es hochprofessionelle, erfahrene und - v. a. hinsichtlich Gesprächsführung - qualifizierte Personen
- » Clearing für Hilfesuchende: auch indirekt Betroffene wie Angehörige, Lehrer/-innen etc. berücksichtigen
- » abhängig vom Beschwerdebild
- » Zugang: Handelt es sich um einen Erstzugang zum Versorgungssystem oder um eine bereits im Versorgungssystem befindliche Person?
- » hoher Clearing- und Orientierungsbedarf bei „Selbstzuweisenden“
- » Stigma: Anti-Stigma-Kampagnen; Vorschlag: Clearing in niederschwellig zugänglichen Organisationen ansiedeln (nicht nur im psychiatrischen bzw. therapeutischen Bereich!)
- » Gesprächskompetenz und -qualität für Clearing zentral (z. B. in der Pensionsversicherungsanstalt; Querverbindung Gesundheitsziel 3!)
- » Kästchen in der GÖG-Grafik sind professionsorientiert, nicht patientenorientiert; Betroffene können von selbst nicht immer erkennen / wissen, dass das, was sie brauchen, dem PSY-Bereich zuzuordnen ist. Wichtig: eine Art Wegweiser wie „Erste Hilfe für die Seele“ - siehe pro mente mit neuen Broschüren

Diskussionspunkte zum ZUGANG zu Clearing und Versorgung waren:

- » fragliche Rolle von Informationen via Internet oder Hotline:
 - » Beispiel PSD Wien – derzeit stark ausgelastet
 - » Beispiel NHS-Entscheidungsbaum, bestehende Strukturen berücksichtigen – z. B. Gesundheitsnummer 1450 (PSY-Algorithmen nicht vorhanden!); und wohin kann von Hotlines verwiesen werden?!
 - » Bevölkerung benötigt Informationen zu seriösen Web-Inhalten (institutionalisiert, z. B. über SV-Träger), um sich Überblick über Beschwerdebilder und Angebote zu verschaffen und Notrufnummern zu finden; in Internetportalen sollte sichtbar immer eine Notruf-/Krisennummer angeführt sein
 - » Webangebot „Psychische Hilfe Österreich“ (siehe auch „Psychische Hilfe Wien“); ad Name: „sozial“ soll vorkommen; Begriff soll niederschwelliger sein als „psychosozial“ (siehe „Kummernummer“)
- » Clearingstelle vs. Clearing-Verfahren als Prozess:
- » Clearingstelle: Primärversorgungseinheiten (Zentren und Netzwerke – letztere v. a. ländlicher Bereich; Best-Practice-Beispiel Bezirk Freistadt, wo sich Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit psychosozialen Berufsgruppen zur interdisziplinären Fallbesprechung treffen; gibt es auch digital) und/oder Clearingstelle: Gesundheitszentren der SV/PV
- » Psychosoziales Clearing-Verfahren als niederschwelliger Prozess:
 - » ev. anonym, ggf. telefonisch
 - » soziales Clearing ist prioritär (z. B. Sozialarbeit in Primärversorgungseinheiten)
 - » hochqualifiziert und multiprofessionell (Qualifikationskriterien)
 - » Finanzierung sozialer Maßnahmen im Gesundheitssektor oft schwierig, z. B. Sozialarbeit in Primärversorgungseinheiten
 - » Rolle der Diagnostik bei bestehenden Clearingstellen für zielgerichtete Versorgung im Anschluss?

Diskussion zur Frage: Wo kann Clearing I „Erstanlaufstelle“ (Erste Clearingstelle innerhalb des Versorgungssystems) organisatorisch angesiedelt sein bzw. wie umgesetzt werden?

- » kompetente Personen innerhalb des Versorgungssystems (multiprofessionelles Team: Medizin, Pflege, Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit)
- » Kriterien: hochqualifiziert (Kompetenz und Erfahrung), multiprofessionell, Fokus auf soziale Aspekte, Diagnostik, regional, niederschwellig / breit, interdisziplinär
- » Clearing I wird derzeit an vielen Stellen betrieben, teils auch unbezahlt (z. B. Selbsthilfe).

Diskussion zu: Alternativen zu *einer* Clearingstelle?

- » Clearing muss nicht eine eigene organisatorische Stelle sein, sondern kann als eigene standardisierte Leistung angeboten werden, die in derselben Qualität von verschiedenen Trägern erbracht wird. Innerhalb dieses Leistungsangebots ist abzuklären: Fehlt dieser Person etwas? Was fehlt ihr? Was braucht sie daher? Was ist prioritär? Was gibt es an Angeboten?

- » Es braucht eine kompetente Person, die das Problem erkennt und die richtigen Fragen stellt (vgl. geschulte Person bei Frühen Hilfen, die eine ähnliche Aufgabe erfüllt; bestimmte Quellberufe / Ausbildungen mit etwaiger Zusatzqualifikation, z. B. Case Manager/-innen der SV-Träger).
- » Für Einzelfälle werden im Hintergrund Personen herangezogen, die in einer Organisation eingebettet sind.
- » vorhandene Personen schulen oder neue aufnehmen
- » Anbindung an Team oder Netzwerk ist notwendig, ohne dass alle Fachkräfte einbezogen werden müssen (abgestufte Möglichkeiten).
- » Clearing II: ist wie Clearing I ebenfalls multiprofessionell und hochqualifiziert; Fokus liegt auf zielgerichteter Versorgung im Anschluss an Clearing I

5.3 Arbeitsgruppenergebnis: Kriterien zur Bewertung und Auswahl der zu untersuchenden Modelle

In zwei Arbeitsgruppensitzungen wurde ein Raster mit Bewertungskriterien der zu analysierenden Versorgungsmodelle erarbeitet. Auf Basis eines mittels Literaturrecherchen und (GÖG-) Vorarbeiten erstellten Entwurfs wurden Kriterien festgelegt, nach denen die Good-Practice-Modelle sinnvoll beschrieben und verglichen werden können. Die Kriterien gliedern sich in die Bereiche Zugang zur, Inanspruchnahme von und Chancengerechtigkeit der psychotherapeutischen Versorgung als Sachleistung.

Tabelle 5.1:
Bewertungskriterien für die einzelnen Modelle

Bereich	Indikatoren
Zugang	Art der Vermittlung
	zentrale Anlaufstelle mit/ohne Vermittlungsfunktion/Beratungsfunktion
	Terminvergabe/Wartezeit auf Erstgespräch
	Zugang in Krisenzeiten
	standardisiertes Assessment/Diagnostik zur Indikationsstellung
	Entwicklung eines Maßnahmen-/Therapieplans
	Wartezeit auf Therapiebeginn
	Choice/Empowerment
	» Wahlfreiheit der Therapeutin/des Therapeuten
	» Wahlfreiheit des Settings (Gruppentherapie, Einzeltherapie, neue Formen)
	Transparenz bei Therapieantrag

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 5.1

Bereich	Indikatoren
Inanspruchnahme	Qualifikationserfordernisse der Therapeutinnen/Therapeuten
	Spezialisierungen des Angebots
	Einbeziehung/Empowerment der Patientinnen/Patienten
	Rollenklärung und Informationen zum Ablauf einer Psychotherapie bereitstellen
	Einbeziehung der Patientenwünsche in therapeutische Entscheidungsprozesse
	gemeinsame Planung des Therapieendes
	Definition von Zwischenzielen der Psychotherapie
	Aufklärung über zu erwartende Veränderungsprozesse
	(vorgesehener) Stundenumfang pro Patient/-in
	Bewertung des Therapiefortschritts/-erfolgs
	Zusammenarbeit mit gesundheitlichen Einrichtungen
	Behandlungseffizienz
Patientenbefragung/ Evaluierung	Patientenbefragung/Evaluierung
	flächendeckende Angebote – leichte Erreichbarkeit der PT-Angebote (Stadt/Land)
	Angebote für alle Altersgruppen, Diagnosen und Schweregrade der Erkrankung
	soziale Hürden: Bildungsgrad, Einkommen
	fremdsprachige Therapieangebote/Dolmetschangebote
	Beschwerdestelle
	Einbindung von Peers (Beitrag zur Entstigmatisierung)

Quelle: GÖG

In der Diskussion darüber, welche der bereits existierenden Modelle den Idealausprägungen der erarbeiteten Kriterien am nächsten kommen und daher für eine Analyse durch das Team der GÖG besonders geeignet wären, einigte man sich im auf folgende Modelle:

- » die Clearingstellen in Niederösterreich und Oberösterreich
- » die Modelle in Vorarlberg, Tirol und Salzburg
- » das deutsche Modell
- » das Modell „Alkohol. Leben können.“

Anhand der erarbeiteten Bewertungskriterien (Tabelle 5.1) wurden mittels (Telefon-)Interviews sowie Literatur- und Internetrecherchen die oben genannten Modelle vom Projektteam der GÖG analysiert.

6 Ergebnisse: Die untersuchten Modelle der psychotherapeutischen Versorgung

Jedes Modell wurde anhand der in Tabelle 5.1 aufgelisteten Kriterien analysiert. Die Ergebnisse der Analysen wurden in einer großen Excel-Tabelle zusammengefasst. Um eine lesbare Zusammenschau aller Modelle zu erhalten, wurde die aus 21 Spalten und 32 Zeilen bestehende Text-Tabelle auf zwei Poster im Format A0 ausgedruckt. Da diese Gesamtübersicht im Bericht nicht in lesbarer Größe abzubilden ist, werden im Folgenden die untersuchten Modelle jeweils kurz beschrieben, basierend auf den vorab definierten Bewertungskriterien werden die Vor- und Nachteile der Projekte aufgelistet. Die Beschreibung fokussiert auf den Weg zur Behandlung aus der Sicht der Patientinnen und Patienten.

6.1 Deutsches Modell

2017 wurde eine Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung (der Psychotherapie-Richtlinie) in Deutschland durchgeführt mit dem Ziel, den Patientinnen und Patienten zeitnaher einen niederschweligen Zugang zu Psychotherapie zu gewährleisten und mehr Flexibilität im Versorgungsangebot zu ermöglichen (KVWL 2017).

Der erste Schritt zu einer Psychotherapie ist das Aufsuchen einer verpflichtenden **Sprechstunde** bei einer niedergelassenen Psychotherapeutin bzw. einem niedergelassenen Psychotherapeuten. Der Zugang erfolgt entweder über **direkte Kontaktaufnahme** mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten oder über die **Terminservicestellen** der Kassenärztlichen Vereinigung. In der psychotherapeutischen Sprechstunde wird eine frühzeitige diagnostische Abklärung ("orientierende Abklärung", ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt), in der Regel unter Einsatz standardisierter diagnostischer Instrumente, vorgenommen und weiters eine Abklärung, ob Psychotherapie benötigt wird oder andere psychosoziale Betreuungsangebote sinnvoller sind (Lotsenfunktion in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen). Ergänzend bekommt die Patientin/der Patient die Ergebnisse der Sprechstunde auch schriftlich ausgehändigt. Ist eine Psychotherapie angezeigt, müssen – außer bei akuten Krisen – in einem nächsten Schritt mindestens zwei **probatorische Sitzungen** in Anspruch genommen werden. In dieser Zeit kann eine vertiefte diagnostische Abklärung stattfinden, die Indikationsstellung vertieft und das geeignetste Psychotherapieverfahren für die Patienten/den Patienten ausgelotet werden. Auch soll geprüft werden, ob eine ausreichende Therapiemotivation besteht und ob eine tragfähige therapeutische Beziehung möglich ist. Sobald die erste probatorische Sitzung stattgefunden hat und der Termin für die zweite Stunde vereinbart worden ist, kann die Therapeutin/der Therapeut einen Antrag³ auf **Kurzzeit- oder Langzeittherapie** stellen. Die weiterführende Behandlung muss jedoch nicht

3

Der Antrag soll künftig bei Gruppentherapien nicht mehr nötig sein.

bzw. kann nicht immer durch die Therapeutin/den Therapeuten erfolgen, die/der die Sprechstunde durchgeführt hat. (BPtK o. J.)

Die durchschnittliche **Wartezeit** auf die **Sprechstunde** beträgt 5,7 Wochen (SD = 7,6), es bestehen aber große Unterschiede zwischen Praxen und Regionen. Die Wartezeit auf den **Therapiebeginn** beträgt durchschnittlich 19,9 Wochen. Jedoch bestehen auch hier große Unterschiede zwischen Bundesländern und zwischen Großstädten und ländlichen Gebieten. (BPtK 2018)

Krise: Bei einer akuten Krise gibt es das Angebot der **Akutbehandlung** (bis zu 24 Sitzungen á 25 Minuten) ==> dient der kurzfristigen Symptomverbesserung und der Vorbereitung auf Psychotherapie oder andere ambulante, teilstationäre und stationäre Maßnahmen; nicht genehmigungspflichtig, die Kasse muss aber informiert werden (KVWL 2017). Die Wartezeit beträgt im Durchschnitt 3,1 Wochen, zwei Drittel der Psychotherapeutinnen/-therapeuten können die Akutbehandlung jedoch binnen zwei Wochen anbieten (BPtK 2018).

Bei einem drohenden Rückfall nach Beendigung einer Langzeittherapie gibt es das Angebot der **Rezidivprophylaxe**: bis zu zwei Jahre nach Therapieende mit Stunden aus Langzeittherapiekontingent; Therapeut/-in muss Therapieende vorab bei der Kasse anzeigen (KVWL 2017).

Kinder und Jugendliche: Das beschriebene Prozedere gilt generell auch für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen. Es gibt jedoch einige Besonderheiten: Der Miteinbezug relevanter Bezugspersonen (z. B. Lehrer/-innen) ist möglich, eine größere Anzahl von Sprechstunde-Einheiten (bis 250 Minuten, davon bis zu 100 Minuten mit relevanten Bezugspersonen ohne Anwesenheit des Kindes/Jugendlichen möglich), probatorischen Sitzungen (bis 6 Einheiten) und Rückfallprophylaxe kann in Anspruch genommen werden. (KBV 2017)

Vorteile:

- » festgelegte Zeiten für telefonische Erreichbarkeit
- » Angebot der Inanspruchnahme von bis zu sechs Einheiten der Sprechstunde
- » Aufbauend auf die Diagnostik wird ein Maßnahmenplan erstellt, andere Angebote außer Psychotherapie werden hierbei mitbedacht.
- » Bei akuter Krise ist eine Weitervermittlung zum Angebot der Akutbehandlung mit kürzeren Wartezeiten möglich.
- » Lehnt die Krankenkasse einen Antrag zur Kurzzeittherapie ab, muss sie sowohl die Patientin/den Patienten als auch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten informieren und dabei eine Ansprechperson für Rückfragen (inklusive Kontaktdaten) benennen ==> trägt zur Transparenz bei.

Nachteile:

- » Eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Österreich: Psychotherapie kann nur von Medizinerinnen/Medizinern und Psychologinnen/Psychologen ausgeübt werden⁴, daher steckt auch eine entsprechende Ausbildung dahinter (Diagnostik, schwere psychische Erkrankungen sind verpflichtender Teil der Ausbildung, klinische Erfahrung).
- » Zuteilung der Patientinnen/Patienten erfolgt nicht unabhängig, v. a. wenn Clearing von einer Berufsgruppe durchgeführt wird.
- » Weitervermittlung erfordert einen neuerlichen Vertrauensaufbau, die eigene Geschichte muss wieder erzählt werden ==> kann eine Barriere darstellen, weiterzumachen.

6.2 Modell „Alkohol. Leben können.“

Das regionale Kompetenzzentrum ist eine zentrale Anlaufstelle für Klientinnen und Klienten, in der im Rahmen eines umfassenden Case Managements für alle Aspekte der Versorgung (von der Erstellung des Maßnahmenplans bis zur Bewilligung des Antrags) gesorgt wird.

Der **Zugang** erfolgt entweder über **direkte Kontaktaufnahme** der Klientinnen und Klienten mit dem Kompetenzzentrum oder durch **Vermittlung** durch Ärztinnen und Ärzte oder sonstige Stellen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem. Der Erstkontakt erfolgt normalerweise telefonisch oder per E-Mail. Es sind vier persönliche Kontakte vorgesehen. Im **Erstgespräch** kommt es zu einer Klärung, ob tatsächlich eine Alkoholproblematik vorliegt und ob mit der Klientin/dem Klienten eine langfristige Maßnahmenplanung zur Betreuung inklusive Behandlung und Rehabilitation im spezialisierten Bereich des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN) möglich und sinnvoll ist. Ist dies nicht der Fall, ist es Ziel des regionalen Kompetenzzentrums, die betroffenen Personen an die geeigneten Stellen im Gesundheits- und Sozialsystem zu vermitteln. Es folgt eine dreistündige **Abklärungsphase**, in der von einem multiprofessionellen Team aus Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern die biopsychosoziale Ausgangslage der Klientinnen/Klienten, u. a. mittels eines einheitlichen diagnostischen Instruments, erhoben wird. Darauf aufbauend wird im Konsens mit den Klientinnen/Klienten ein individueller **Maßnahmenplan** festgelegt, der sich aus mehreren stationären und/oder ambulanten Modulen mit unterschiedlicher Dauer und Intensität zusammensetzt. Das **Assessment** wird vom Institut für Suchtdiagnostik durchgeführt. Die Bewilligung findet für alle Versicherungsträger einheitlich statt. (vgl. Reuvers 2015)

Während der gesamten Betreuungsphase übernimmt das Kompetenzzentrum das einrichtungsübergreifende Case Management und bleibt zentraler Ansprechpartner für die Klientinnen/Klienten sowie für alle betreuenden Einrichtungen. **Nach Ende** des Maßnahmenplans erfolgen ein Ab-

4

Ab 2020 wird die Psychotherapieausbildung in Deutschland ein eigenständiges Bachelor- und Masterstudium.

schlussgespräch mit den Klientinnen/Klienten und eine Anbindung an das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem. Eine Ablehnung bzw. Änderung des Maßnahmenplans wird vom Team des Kompetenzzentrums persönlich an die Klientinnen/Klienten kommuniziert.

Die **Wartezeit** auf den ersten Termin dauert maximal vier Tage, der gesamte Prozess rund drei bis vier Wochen. Zur Überbrückung wird eine psychoedukative Gruppe angeboten.

Krise: Bei einem Akutszenario kann der gesamte Prozess binnen zwei Tagen durchlaufen werden: Ad-hoc-Maßnahmen zur Abdeckung einer unmittelbaren somatischen, psychischen oder sozialen Notlage sind vorhanden.

Kinder und Jugendliche: keine extra Informationen

Vorteile: persönliches Erstgespräch (30 bis 60 Minuten), das auch von Angehörigen in Anspruch genommen werden kann; zeitliche Flexibilität (Abendtermine sind möglich); der Liaisondienst unterstützt die Vermittlung; rasche Abwicklung des gesamten Prozedere an einem Ort; einheitliche Diagnostik, auf die aufbauend ein individueller bedarfsorientierter Maßnahmenplan erstellt wird; Verlaufskontrollen; multiprofessionelles Team; Transparenz; zentrale Ansprechpartner/-innen während der gesamten Behandlungsphase (vgl. N. o. J.; Reuvers 2015)

Nachteile: insgesamt umfasst das Prozedere vier Termine und zwei Begutachtungen – recht hochschwellig; fokussiert nur auf eine Diagnosegruppe; Case-Management-Funktion erfordert viele Ressourcen

6.3 Clearingstelle für Psychotherapie Niederösterreich

Die Clearingstelle für Psychotherapie ist eine Serviceeinrichtung für Patientinnen und Patienten, um Indikationen für Psychotherapie festzustellen und Informationen, z. B. zu Spezialisierungen, örtlicher Nähe, Wartezeiten und Gruppenangeboten bereitzustellen.

Die Clearingstelle wird von erfahrenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten betreut. Die **Kontakt-aufnahme** kann grundsätzlich telefonisch oder per E-Mail erfolgen. Die Abklärung, ob Psychotherapie und/oder eine andere Behandlung / Therapie notwendig ist, erfolgt ausschließlich telefonisch (ca. 10 Minuten, meist Einmalkontakt). Wenn Psychotherapie nicht das passende Angebot darstellen sollte, wird auch über weitere psychosoziale Angebote Auskunft erteilt (z. B. Selbsthilfegruppen, fit2work). Bei der Einschätzung, dass eine Psychotherapie angezeigt wäre, werden in einer Datenbank freie Therapieplätze von Kassen-Therapeutinnen/-Therapeuten und deren Wartezeiten aufgelistet. Die Patientinnen/Patienten bekommen eine Liste mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten, aus der sie frei wählen können, wen sie selbst kontaktieren wollen (es findet keine direkte Vermittlung statt). Die **Wartezeiten** sind abhängig von der jeweiligen Kassenzugehörigkeit (z. B. WGKK: ca. 3 Monate, BVA: keine Wartezeit).

Krise: Dringlichkeit wird in jedem Einzelfall geprüft, jedoch gibt es in Niederösterreich keine eigene Krisenanlaufstelle (d. h. Fachärzte/-ärztinnen oder psychiatrische Abteilungen übernehmen Krisenfälle, allerdings gibt es von der NÖGKK für Krisen ein kleines Psychotherapie-Notfallkontingent).

Kinder und Jugendliche: keine Kontingentierung bei Psychotherapien, Voraussetzung für eine Kas senabrechnung ist eine klinisch-psychologische Diagnostik

Vorteile: niederschwelliger Zugang und die Kontaktaufnahme mit einer erfahrenen Psychotherapeutin/einem erfahrenen Psychotherapeuten

Nachteile: kein persönlicher Kontakt möglich, da kurze telefonische Gespräche, keine Diagnostik (nur telefonische Abklärung), telefonische Erreichbarkeit nur in den angeführten Zeiten möglich

6.4 Clearingstelle für Psychotherapie Oberösterreich

Die **Kontaktaufnahme** mit der Clearingstelle erfolgt normalerweise telefonisch (selten schriftlich). Die erfahrenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten der Clearingstelle in Oberösterreich stellen entweder Indikationen zur Psychotherapie fest oder informieren bei Bedarf über andere psychosoziale Angebote (z. B. Schuldnerberatung). Falls Psychotherapie angezeigt ist, vermittelt die Clearingstelle direkt am Telefon die psychotherapeutische Behandlung, indem sie die Patientinnen/Patienten auf eine Warteliste setzt. Bei der telefonischen Beratung kann auf diagnosespezifische Anforderungen, Einzel- und Gruppentherapieangebote und auf die Verfügbarkeit eingegangen werden.

Bei Indikation zur Psychotherapie nehmen die im Pool stehenden Psychotherapeutinnen/-therapeuten durch Einsehen in die Warteliste direkt mit der Patientin/dem Patienten Kontakt auf oder das Terminsekretariat beim Verein PROGES vereinbart Termine. Die **Wartezeit** auf einen Therapieplatz beträgt ca. 3 bis 6 Monate (bei dringlichen Fällen und bei Kindern und Jugendlichen ist sie kürzer).

Krise: Es gibt ein Kontingent von ca. 1000 Krisenstunden, die die Clearingstelle sofort vergeben kann.

Kinder und Jugendliche: Die Clearingstelle versucht, so rasch wie möglich einen Therapieplatz zu vermitteln.

Vorteile: vermittelt Therapieplätze, Schnittstellenmanagement (Gruppentherapie nach REHA) wird mitbeachtet, hohe Anforderungen, um als Psychotherapeut/-in in den Pool zu kommen (z. B. klinische Vorerfahrung), direkte Kontaktaufnahme mit Patientinnen/Patienten

Nachteile: Vergabe nach Dringlichkeit und Anmeldedatum – konkretes Vorgehen unklar, telefonische Erreichbarkeit nur in den angeführten Zeiten

6.5 Modell Vorarlberg

Das Vorarlberger Modell „Psychotherapie Vorarlberg“ besteht seit 2014, die Durchführung der Sachleistungsversorgung im Bereich Psychotherapie erfolgt über das ifs Vorarlberg (Institut für Sozialdienste) mittels angestellter und zusätzlicher externer Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit Kooperationsvertrag.

Der **Zugang** erfolgt entweder über die **ifs-Erstberatung**, die an sechs (von insgesamt 15) ifs-Beratungsstellen angeboten wird, oder über **direkte Kontaktaufnahme** der Klientinnen/Klienten mit den Vertrags-Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Es besteht freie Wahl der Psychotherapeutinnen/-therapeuten und der Methoden. Eine ärztliche Überweisung ist nicht notwendig. Die ifs-Erstberatung ist die zentrale und niederschwellige Anlaufstelle für alle Menschen mit psychosozialen Fragen oder Problemen. Die Erstberatung ist auch ohne vorherige Terminvereinbarung möglich. Auf Wunsch erfolgt neben der Klärung und Beratung durch erfahrene Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit definierten Voraussetzungen bezüglich Stundenumfang, klinischer und Berufserfahrung auch die Vermittlung von weiterführenden Angeboten.

Personen mit akutem und dringendem Versorgungsbedarf werden über die Erstberatung dem **psychotherapeutischen Krisendienst** zugewiesen. Dieser findet zweimal pro Woche (verteilt auf die Regionen Unter- und Oberland) statt und ermöglicht einen zeitnahen Termin bei den diensthabenden Psychotherapeutinnen/-therapeuten.

Um eine möglichst lückenlose ambulante **Weiterbehandlung nach einem stationären Aufenthalt** auf einer psychiatrischen Abteilung zu ermöglichen, wurde mit dem LKH Rankweil ein eigenes Zuweisungsprozedere für die ambulante Psychotherapie entwickelt. Ein weiterer spezieller Zugang kann über die Hilfeplanung des Landes erfolgen (bei entsprechender sozialer Indikation).

Die Kostenbeteiligung wird an die finanzielle Situation der Patientinnen und Patienten angepasst und liegt zwischen 0 und 15 Euro. Je nach Situation, insbesondere wenn Kinder / Jugendliche ohne Vermittlung durch Bezugspersonen kommen, entfällt der Selbstbehalt ganz.

Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt zwischen ein und sieben Monate. Grundsätzlich werden folgende Kriterien für die Vergabe des Therapieplatzes herangezogen und führen bei Bedarf zu einer „Vorreihung“: Schwere der Krankheit, Dringlichkeit der Behandlung, Weiterbehandlung nach stationären Aufenthalten, soziale Lage. Die eingebundenen Psychotherapeutinnen/-therapeuten verwalten als Belegungsübersicht für die Erstberatung und Vermittlung eine zentrale „Zuweisungsampel“ über die jeweilige Anzahl der wartenden Personen und die bestehenden Wartezeiten.

Krise: Es gibt einen definierten psychotherapeutischen Krisendienst.

Kinder und Jugendliche: Eigener „Finanztopf“, von VGKK bereitgestellt, Zugang funktioniert wie bei den Erwachsenen, Stunden für Kontakt mit dem Umfeld werden bezahlt.

Vorteile: multiprofessionelle Erstberatung, klinische und Berufserfahrung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten Voraussetzung für Aufnahme in das Modell, Ampel für verfügbare Plätze, elektronisches Bewilligungsverfahren, direkte Weiterbehandlung nach stationärem Aufenthalt, Gruppenangebote zur „Überbrückung“, Qualitätsmanagement

Nachteile: Selbstbehalte, teilweise trotzdem lange Wartezeit und kurze Therapiedauer (Abbrüche?)

6.6 Modell Tirol

Der **Zugang** zur psychotherapeutischen Versorgung erfolgt über eine Telefonhotline (Montag bis Freitag von 10 bis 12 Uhr), die von erfahrenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten betreut wird. Die Hotline fungiert als erste Anlaufstelle und über sie werden Beratungstermine für die insgesamt sechs psychosozialen Beratungsstellen (TGKK-Servicestellen) koordiniert. Die **Wartezeit** auf einen Termin in einer Beratungsstelle beträgt ca. 14 Tage und das Einzelgespräch dauert in etwa 30 Minuten. Bei diesem persönlichen Termin geht es um die Abklärung des Behandlungsbedarfs, aber auch um die Weitergabe von Informationen über weitere Behandlungsmöglichkeiten. Auch erfolgt bei Bedarf eine Abklärung und weitere Zuweisung zu einem **Gruppenpsychotherapieangebot** als Sachleistung für TGKK-Versicherte. Mit diesem Angebot können Wartezeiten überbrückt werden. Die Wartezeiten auf einen Einzeltherapieplatz betragen ca. 3 bis 6 Monate, manchmal sind sie auch kürzer (14 Tage).

Es erfolgt **keine direkte Therapievermittlung** und die Patientinnen/Patienten erhalten bei Indikation zur Psychotherapie von der Ges.f.P.V.T. eine Liste mit frei gemeldeten Modellplätzen zugesandt. Die Patientinnen/Patienten müssen dann selbst Kontakt mit den Psychotherapeutinnen/-therapeuten auf der Liste aufnehmen und einen Termin vereinbaren.

Eine weitere Steuerung erfolgt über eine Warteliste bzw. die **dynamische Bedarfsfeststellung** (Dies ist ein Instrumentarium, um TGKK-Versicherte als modellplatzsuchend zu melden. Besonders lang Wartende aus versorgungsschwachen Regionen werden vorgereiht; es gibt keine Wartezeiten bei Kindern und Jugendlichen). Eine vollständige DSM-IV/DSM-5-Diagnostik erfolgt erst bei den Psychotherapeutinnen/-therapeuten, die auch den Antrag stellen. Dieser Antrag wird in weiterer Folge von der Gutachterkommission der Ges.f.P.V.T. geprüft. Psychotherapie als Sachleistung erhalten in Tirol Erwachsene mit schweren und schwersten psychischen oder psychosomatischen Störungen und Kinder und Jugendliche.

Es gibt zudem die Möglichkeit für einen **Poolstatus** und Pool-Patientinnen/-Patienten können von den Psychotherapeutinnen/-therapeuten zusätzlich zum regulären Sachleistungskontingent geführt werden. Die Poolstatus-Zuordnung erfolgt nach unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen (z B. für bestimmte Altersgruppen, Bezirke, Meldezeit).

Krise: Über den Poolstatus kann notfalls schneller ein Therapieplatz gefunden werden.

Kinder und Jugendliche: Alle Kinder und Jugendlichen mit einer krankheitswertigen psychischen Erkrankung können in Tirol Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch nehmen.

Vorteile: niederschwelliger Zugang über Hotline, persönliches Gespräch in einer der sechs Beratungsstellen, rascher und unkomplizierter Zugang zu einem Gruppenpsychotherapieangebot

Nachteile: nur ein Beratungsgespräch vorgesehen (in Ausnahmefällen wird ein zweites Gespräch vereinbart); außer Liste keine weitere Unterstützung bei Therapeutensuche (dies kann für manche Patientinnen/Patienten eine große Hürde darstellen und Wartezeiten verlängern, da die Wartezeit auch davon abhängen kann, wie intensiv die Patientin/der Patient nach einem passenden Therapieplatz sucht bzw. suchen kann)

6.7 Modell Salzburg

Der **Zugang** erfolgt für die Patientinnen/Patienten direkt bei Vertrags-Psychotherapeutinnen/-therapeuten. Vorab suchen die Patientinnen/Patienten z. B. auf der Website des Vereins (www.ar-gepsychotherapie.at) nach verschiedenen Kriterien (z. B. Ort, Alter, Setting) nach einem passenden Angebot. Danach nimmt die Patientin/der Patient Kontakt mit einer Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten auf und vereinbart einen Termin. Durch die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten wird dann ggf. die passende der drei Schienen der Versorgung festgestellt: Sachleistungsmodell für schwer Erkrankte, Kinder und Jugendliche, wirtschaftlich benachteiligte Personen.

Die **Antragstellung** erfolgt über die Psychotherapeutin/den Psychotherapeuten. Der ausgefüllte Antrag wird auf elektronischem Weg übermittelt, bei der Begutachtungsstelle geprüft und nach einem Punktesystem bewertet, das sich aus der Schwere der Erkrankung, der Dringlichkeit der Behandlung und der sozialen Lage errechnet. Pro Monat werden 200 Plätze vergeben (zuzüglich 45 für Kinder und Jugendliche), die Ablehnungsrate ist gering. Der Krankenversicherungsträger behält sich die Priorisierung der Sachleistungsplätze vor. Das Ergebnis der Begutachtung wird der Psychotherapeutin/dem Psychotherapeuten mitgeteilt, welche/r die Patientin/den Patienten darüber informiert.

Gruppentherapie soll nur bei leichten Erkrankungen als Ersatz für die Einzeltherapie, im Übrigen als Ergänzung eines Einzeltherapieplatzes forciert werden.

Krise: In Krisenfällen wird an telefonische und ambulante Krisendienste verwiesen.

Kinder und Jugendliche: Für die Psychotherapeutinnen/-therapeuten sind spezielle Erfahrungsnachweise erforderlich; Kinder und Jugendliche zahlen keine Kostenbeteiligung bei der Sachleistungsschiene.

Vorteile: Die ersten zehn Sitzungen sind kostenlos, aber es ist schwer, jemanden zu finden, der einen freien Platz hat; der Nachweis großer Erfahrung bei der Behandlung schwer Erkrankter wird bei der Psychotherapeutin/beim Psychotherapeuten vorausgesetzt, für die unterversorgte Region Innergebirg gibt es zusätzliche Sonderverträge mit Psychotherapeutinnen/-therapeuten.

Nachteile: keine Informationen über Art der Angebote und Spezialisierung der Therapeutinnen/Therapeuten, höherschwelliger Zugang, da keine zentrale Anlaufstelle vorhanden, Patientinnen/Patienten bekommen keine Information über freie Kapazitäten.

7 Modellentwicklung

Die Tatsache, dass in Österreich

- » Leistungen, die andernorts unter dem Begriff „Psychotherapie“ subsumiert werden, von unterschiedlichen Berufsgruppen erbracht und je nach Setting von den Kassen auch finanziert werden,
- » neun verschiedene Lösungen der psychotherapeutischen Versorgung existieren und keine Daten verfügbar sind, die einen seriösen wissenschaftlichen Vergleich der Modelle zulassen würden,

gepaart mit

- » dem Fehlen eines (auch internationalen) Konsenses, wie eine zahlenmäßig optimale psychologische oder psychotherapeutische Versorgung aussehen sollte bzw. für welche Indikation welche spezifische Leistung vorgehalten werden sollte,

sind eindeutige Indizien dafür, dass es sich hierbei um ein sogenanntes „Wicked Problem“ (Rittel/Webber 1973) handelt.

Typische Merkmale von „Wicked Problems“ sind u. a. (siehe Abbildung 7.1):

- » Es gibt keine endgültige Formulierung des Problems.
- » Es gibt keine richtige oder falsche Lösung, sondern nur bessere oder schlechtere.
- » Es gibt unterschiedliche Stakeholder mit unterschiedlichen Interessen.
- » Lösungen können nur sehr langfristig evaluiert werden.
- » Es gibt keine zählbare Menge möglicher Lösungen.
- » Ein „Wicked Problem“ kann immer auch als Symptom eines anderen Problems verstanden werden.

Abbildung 7.1:
Merkmale von „Wicked Problems“



Quelle: CMU Transition Design, Irwin & Kossoff based on Rittle & Webber 1973⁵

Dementsprechend zeigte sich bereits nach den ersten Vorarbeiten und bei der Kick-off-Sitzung mit den Auftraggebern, dass das Finden einer alle Stakeholder glücklich machenden Lösung der „Quadratur des Kreises“ gleichkommen würde und nicht Projektziel ist. Es wurde daher gemeinsam mit den Auftraggebern beschlossen, ein Konzept zu erarbeiten, das einerseits vor allem spürbare Verbesserungen für die Patientinnen und Patienten bringen sollte, und andererseits eine Weiterentwicklung der Versorgung auf Basis der bereits bestehenden Lösungen darstellt.

7.1 Das „Puzzle-Modell“

Im Zuge der Arbeiten zum Projekt kam die Idee auf, ein Modell zu entwickeln, dass die Stärken der einzelnen Modelle vereint und gleichzeitig die Schwächen der jeweiligen Modelle möglichst verhindert. Durch das Zusammensetzen dieser „Puzzlesteine“ soll eine optimierte Weiterentwicklung des bestehenden Systems vorgeschlagen werden.

Folgende Prämissen gab es für die Entwicklung eines Konzepts:

- » Patientinnen und Patienten sollen darin unterstützt werden, so schnell und mit so geringem Aufwand wie möglich an ihren momentanen best point of service zu gelangen (Idealvorstellung: „Spätestens der zweite Kontakt ist der richtige.“).
- » Aufbauen auf den bestehenden Modellen der Sachleistungsversorgung

5

<https://medium.com/age-of-awareness/facing-complexity-wicked-design-problems-ee8c71618966> (abgerufen am 27. 7. 2019)

- » Basierend auf existierenden Modellen/Elementen guter Praxis (Bewertung nach Kriterien der Arbeitsgruppen) vorhandene Stärken der Modelle nutzen und Schwächen abbauen bzw. vermeiden.

Anhand des in den Arbeitsgruppen-Sitzungen entwickelten Bewertungsrasters wurden vom Projektteam der GÖG folgende „Puzzle-Steine“ für das Modell identifiziert:

Zentrale Bausteine des Modells sind drei Elemente: **Erstberatung**, **Clearing** und **Assessment** – idealerweise sollten diese Elemente in One-Stop-Shops gemeinsam abgewickelt werden, es wäre aber auch zumindest eine teilweise Trennung von Erstberatungs- und Clearing-/Assessmentstellen möglich. Im Großen und Ganzen soll es **zwei Zugangswege** zur Psychotherapie geben.

7.1.1 Weg 1

Weg 1 führt über psychosoziale **Erstberatungsstellen** nach Vorarlberger und Tiroler Vorbild (in vorhandenen Beratungsstellen oder in Außenstellen der Kassen; siehe Abbildung 7.2). Diese Stellen sollten jedoch multiprofessionell (Klinische Psychologie, Sozialarbeit, Medizin, Psychotherapie) besetzt sein und in puncto Weitervermittlung das restliche psychosoziale Hilffssystem (von Selbsthilfe bis Akuthilfe/Krisenintervention) noch stärker einbeziehen als bisher. Die Erstberatung sollte wie im oberösterreichischen und niederösterreichischen Modell (Clearingstelle) auch telefonisch möglich sein (v. a. für Hilfesuchende in verkehrstechnisch abgelegenen Gegenden und/oder weniger mobile Personen) und soll explizit auch für Angehörige zur Verfügung stehen.

Sollte sich in der Erstberatung herausstellen, dass die Inanspruchnahme einer Psychotherapie sinnvoll erscheint, soll ein **Face-to-Face-Clearinggespräch** in multiprofessionellen Clearing-/Assessmentstellen (ebenfalls in den vorhandenen Beratungsstellen oder in Außenstellen der Kassen) stattfinden. Wie im oberösterreichischen Modell sollen Patientinnen und Patienten danach aktiv bei der Psychotherapeutensuche unterstützt werden (z. B. Therapeut/-in meldet sich bei Patient/-in), ein Ampelsystem wie in Vorarlberg kann für die Clearingstellen hilfreich sein. Über die Clearing-/Assessmentstellen soll auch – wie in Tirol – eine dynamische Bedarfsermittlung stattfinden.

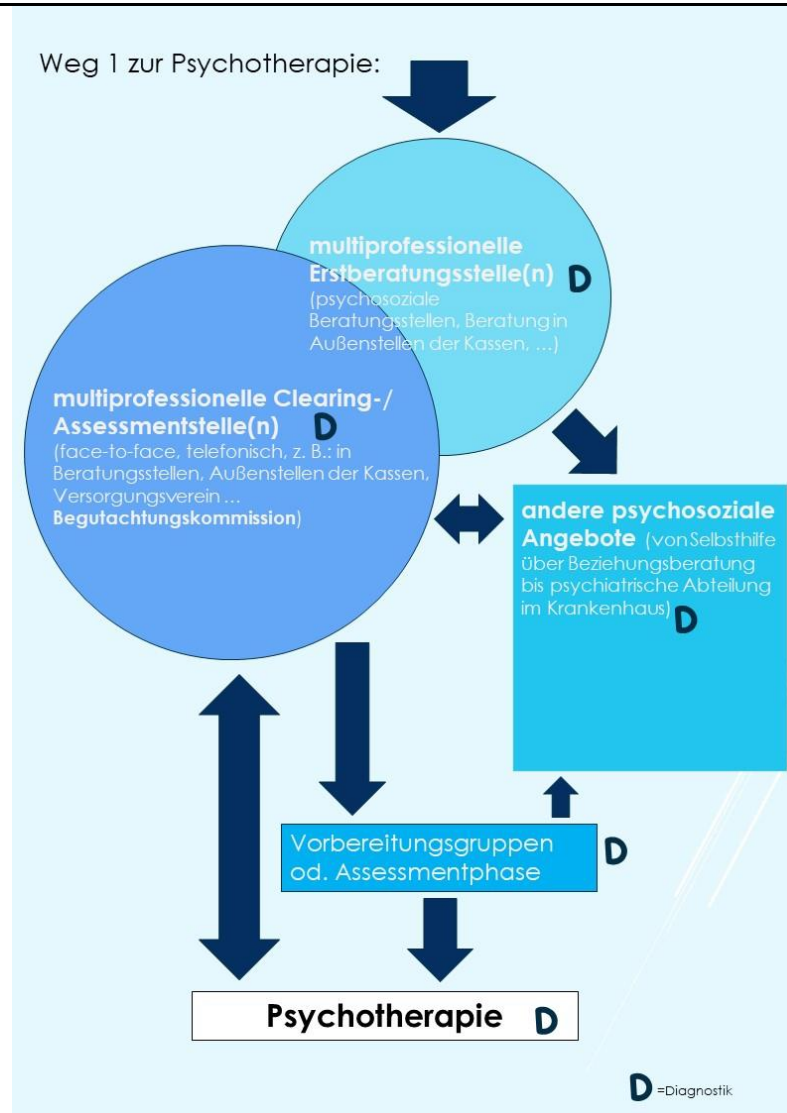
Das **Assessment / die Bewilligung** wird von den Kassen an die multiprofessionell besetzten Clearing-/Assessmentstellen ausgelagert bzw. soll in Abstimmung mit diesen erfolgen⁶. Die Bewilligung erfolgt durch eine multiprofessionelle Begutachtungskommission anhand der Ergebnisse des Clearing-/Assessmentgesprächs. Sonderfall bei Weg 1: Die Clearingstellen sollen von Krankenhäusern und REHA-Zentren frühzeitig kontaktiert werden, um eine sofortige weiterführende therapeutische Behandlung zu gewährleisten (das Assessment hat dann idealerweise schon in diesen Institutionen stattgefunden).

6

ggf. Freigabe durch Kasse im Sinne einer „second opinion“ ähnlich wie in „Alkohol. Leben können.“

Wie in Tirol und Vorarlberg oder bei „Alkohol. Leben können.“ soll es nach dem Clearing **Vorbereitungs- bzw. Unterstützungsgruppenangebote** bzw. Gruppentherapieangebote geben, um Personen, die Psychotherapiebedarf, aber noch keinen Therapieplatz haben, möglichst zeitnah Unterstützung bieten zu können (eventuell könnte in dieser Zeit die Assessment-Schiene eingezogen werden).

Abbildung 7.2:
Weg 1 zur Psychotherapie

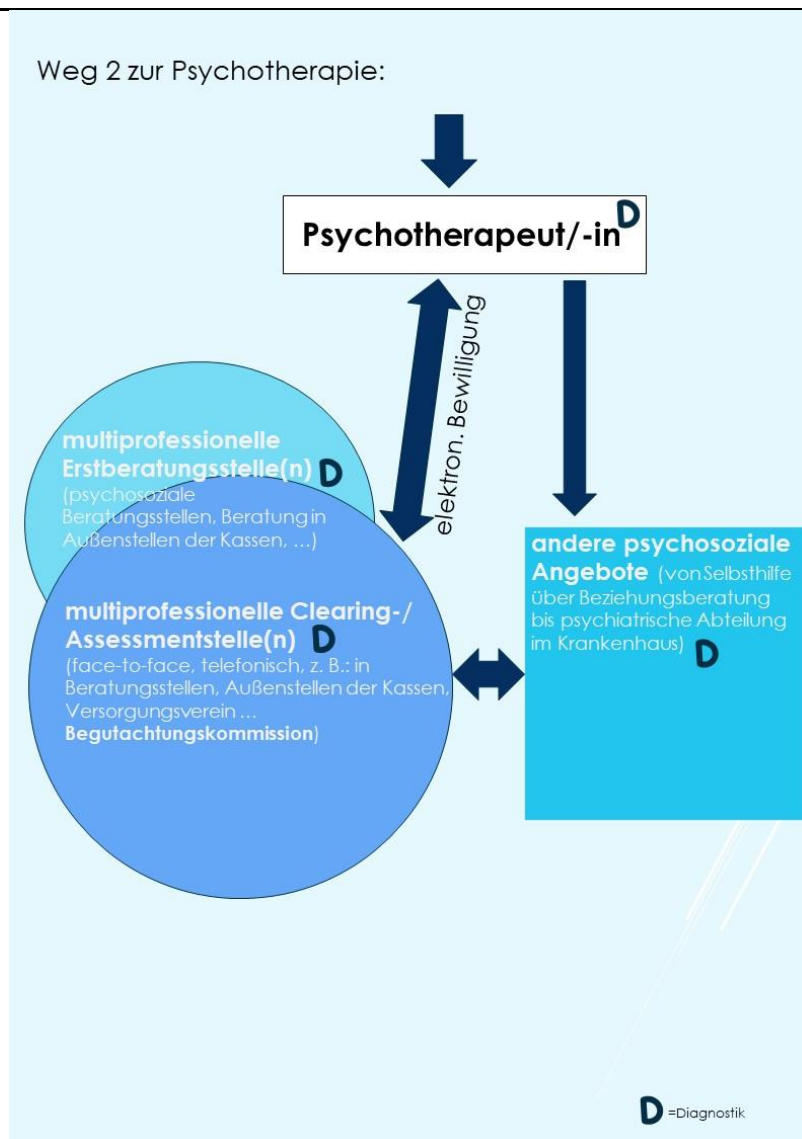


Darstellung: GÖG

7.1.2 Weg 2

Als zweiter Weg sollte es weiterhin möglich sein, **direkt bei einer Therapeutin / einem Therapeuten** anzudocken (z. B. wenn Distanzen zu Erstberatung/Clearing/Assessment zu groß sind oder wenn jemand eine bestimmte Person als Therapeut/-in in Anspruch nehmen möchte; siehe Abbildung 7.3). In diesem Fall sollte wie im Modell Salzburg Clearing/Assessment direkt im **elektronischen Kontakt zwischen Therapeutin/Therapeuten und Clearing-/Assessmentstelle** erfolgen können (z. B. multidisziplinäre Begutachtung der Unterlagen durch Clearing-/Assessmentstelle).

Abbildung 7.3:
Weg 2 zur Psychotherapie



Darstellung: GÖG

7.1.3 Rahmenbedingungen

Grundsätzlich sollten in jedem Bundesland **psychosoziale Krisendienste** vorgehalten werden (die nicht per se ausschließlich psychotherapeutisch ausgerichtet sein müssen), um Menschen in Krisen sofort und professionell helfen zu können (in Wien gibt es z. B. das Kriseninterventionszentrum, im deutschen Modell die „Akutbehandlung“ und im oberösterreichischen Modell das Krisenkontingent). Die Krisendienste sollen auch eng mit der/den Clearingstelle(n) zwecks wechselseitiger Weitervermittlung zusammenarbeiten, sollte ein längerer Therapiebedarf festgestellt werden, sollte auch hier im Sinne der „Continuity of Care“ rasch ein Therapieplatz gefunden werden.

An allen Stellen im Modell und zu jeder Zeit soll die qualifizierte und unbürokratische **Weitervermittlung** an ein anderes psychosoziales Angebot möglich sein. Für die Planung der Umsetzung des neuen Modells ist daher das Involvieren der Netzwerkkoordinationen im psychosozialen Bereich (vulgo „Psychiatriekoordinationen“) notwendig.

In **beiden Wegen** soll – um keine unnötigen Hürden zu schaffen – nach dem Assessment wie in Vorarlberg jeweils eine **Bewilligung für 30 Sitzungen** ausgesprochen werden (auch weitere Bewilligungen in 30er-Schritten). Ein Therapeutenwechsel sollte innerhalb dieser 30 Sitzungen möglich sein, z. B. wenn sich herausstellt, dass keine tragfähige therapeutische Beziehung zustande kommt.

Die **Qualitätssicherung** soll u. a. über **definierte Voraussetzungen** für Therapeutinnen und Therapeuten wie in Salzburg und Vorarlberg (Berufserfahrung, klinische Erfahrung, ...) erfolgen. Um die notwendige klinische und therapeutische Erfahrung sammeln zu können, sollte auch ein **Lehrpraxen-Modell** eingeführt werden.

Psychotherapeutinnen und -therapeuten sollen sowohl **privat⁷, als auch über die Kostenzuschussregelung⁸, als auch über das Modell abrechnen** können, da sonst die Gefahr besteht, dass nicht ausreichend qualifizierte Personen mitarbeiten. Sie müssen aber wie im Vorarlberger Modell eine Mindestanzahl an Stunden im Modell vorhalten.

7

v. a. bei nicht krankheitswertigen Problemlagen

8

Mittelfristig sollte im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit das Kostenzuschussmodell gänzlich durch die Sachleistungsversorgung ersetzt werden.

7.1.4 Exkurs Diagnostik

Es ist unbestritten, dass für eine sinnvolle Behandlungsplanung eine **qualitativ hochwertige Diagnostik** notwendig ist. Allerdings herrschen unter den Expertinnen und Experten der einzelnen Berufsgruppen unterschiedliche Ansichten darüber, welche Art der Diagnostik vor einer psychotherapeutischen Behandlung vonnöten wäre. Und die internationale wissenschaftliche Literatur kennt die österreichischen Unterscheidungen so nicht: Neben der psychotherapeutischen Diagnostik gibt es in Österreich noch die klinisch-psychologische, die psychiatrische, die medizinische und die sozialarbeiterische (soziale) Diagnostik. Im Modell „Alkohol. Leben können.“ ist eine multidimensionale (klinisch-psychologische, medizinische und sozialarbeiterische) Diagnostik vorgesehen. Im Sinne eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses ist dieser Zugang vielversprechend, wenn auch aufwendig. Wie in Abbildung 7.2 und Abbildung 7.3 ersichtlich, kann im vorgelegten Konzept die Diagnostik (welcher Art auch immer) theoretisch an unterschiedlichen Orten stattfinden, je nachdem, wie die Angebote der Erstberatung, der Clearingstellen und die Qualifikation der letztendlich Behandelnden wirklich aussehen. Bei den erstgenannten Stellen ist eine multiprofessionelle Besetzung wichtig, um mehrere Aspekte abdecken zu können. In Österreich gibt es viele Personen mit Mehrfachqualifikationen in diesem Bereich (Psychotherapie, Medizin, Psychologie, Sozialarbeit) weshalb z. B. auch eine Person zwei Fachrichtungen abdecken könnte und nicht zwangsläufig die vier Bereiche von vier unterschiedlichen Personen besetzt werden müssen. Ziel einer gesamthaften Lösung muss es jedenfalls sein, für die Patientinnen und Patienten einfache Lösungen im Sinne eines One-Stop-Shops anzubieten, dabei wird es regional unterschiedliche und flexible Lösungen geben können.

7.1.5 Pilotierung und Evaluierung

Das hier skizzierte Modell sollte in Regionen oder Bundesländern erprobt werden, in denen bereits derzeit wesentliche „Puzzlesteine“ vorhanden sind. In Vorarlberg mit den multiprofessionellen Beratungsstellen und der direkten Zuweisung über Krankenhäuser oder in Tirol mit Beratungsstellen und Vorbereitungsgruppen oder in Oberösterreich, wo bereits eine telefonische Clearingstelle existiert, wäre eine gute Basis gegeben. In Modellregionen könnte idealerweise versucht werden, neben einer telefonischen Erstberatung auch ein multidisziplinäres Face-to-Face-Clearingangebot in bereits existierenden Beratungsstellen zu etablieren. Da ja ggf. eine Weitervermittlung in das gesamte Spektrum des psychosozialen Netzwerks möglich sein soll, ist die enge Einbindung oder Umsetzung durch eine koordinierende Stelle wie die „Psychiatriekoordination“ (künftig Namensänderung andeuten) sinnvoll.

In den Modellregionen sollte die Kontingentierung aufgelöst werden, da eine Steuerung über die Clearingstelle(n) erfolgt und nur so reale Zahlen zum Bedarf erhoben werden können. Weiters wird vorgeschlagen, die derzeitigen Lösungen („Vereinslösungen“ oder „Landeslösung“ wie in Vorarlberg) einstweilen beizubehalten, da die Bemühungen um eine gesamtösterreichische Lösung (siehe auch Kapitel 8.2) den Start des Pilotprojekts möglicherweise sehr lange verzögern könnte. Idealerweise sollte in den Modellregionen auf Parallelsysteme, wie das Kostenzuschussmodell oder Selbstbehalte, verzichtet werden.

Die Evaluation sollte sämtliche Stakeholder einbeziehen, aber vorrangig die Patientenperspektive im Fokus haben. Die Herausforderung dabei wird sein, sie in entsprechendem Umfang durchzuführen und vorab klare Ziele der neuen Lösung zu definieren.

Die Pilotierung – bzw. bei Erfolg die bundesweite Ausrollung – sollte im Zielsteuerungsvertrag Gesundheit abgebildet sein.

7.2 Psychologische Versorgung

Wie in Kapitel 4.2 beschrieben, ist die klinisch-psychologische Versorgung im extramuralen Bereich geprägt von der Diskrepanz zwischen gesetzlicher Befugnis und Verrechnungsmöglichkeiten mit den Sozialversicherungsträgern: Während die klinisch-psychologische Diagnostik eine Kassenleistung ist, wird der im Psychologengesetz ebenfalls beschriebene Bereich der klinisch-psychologischen Behandlung von den Kassen derzeit nicht finanziert.

Die Bedeutung einer qualitativ hochwertigen Diagnostik (inkl. klinisch-psychologischer Diagnostik) wurde bereits in Kapitel 7.1.4 beschrieben. Die Lösung der Behandlungsfrage der unterschiedlichen Professionen (nicht nur Klinische Psychologie, sondern auch psychotherapeutische Medizin) war ein explizites Nicht-Ziel dieses Projekts (siehe Kapitel 2.2), da dies aufgrund der Untrennbarkeit in der internationalen Fachliteratur nicht auf Basis wissenschaftlicher Evidenz zu entscheiden ist (Patera/Reinsperger 2013) und letztlich eine gesundheitspolitische Entscheidung ist.

Da die Unterschiede zwischen Psychotherapie, psychotherapeutischer Medizin und klinisch-psychologischer Behandlung nicht nur in der internationalen wissenschaftlichen Fachliteratur nicht zu finden sind, sondern vor allem auch für Patientinnen und Patienten nicht nachvollziehbar sind (siehe auch (Sagerschnig et al. 2018)), sollte mittelfristig eine Annäherung der Berufsgruppen angestrebt werden.

Für jene Leistungen, die häufig von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen erbracht werden, in denen keine Überschneidungen mit jenen der anderen PSY-Berufe gegeben sind (v. a. Leistungen bei somatischen Diagnosen wie Schlaganfall, chronische Schmerzen, ...) und für deren Wirksamkeit im ambulanten Setting wissenschaftliche Evidenz vorliegt, sollte jedenfalls die Finanzierung durch die Sozialversicherung übernommen werden (siehe dazu Sagerschnig et al in Vorbereitung).

8 Diskussion

8.1 Geklärte Fragen

Das vorgelegte Modell versucht in erster Linie, die „Irrwege“ Hilfesuchender zu verhindern und Hilfesuchende dabei zu unterstützen, so schnell wie möglich zum momentanen best point of service zu gelangen. Das Erstberatungs- und Clearingmodell, das auf das gesamte psychosoziale Hilfsspektrum Augenmerk legt und multidisziplinär gestaltet ist, sollte dies ermöglichen.

Das Modell bietet auch die Möglichkeit, Clearing und Assessment an einem Ort anzubieten und gemeinsam mit einer elektronischen Lösung der Antragstellung auch in Weg 2 das Bewilligungsverfahren für die Hilfesuchenden zu erleichtern. Durch die Etablierung von One-Stop-Shops und die Bewilligung in 30er-Schritten werden unnötige Wege vermieden.

Das „Puzzle-Modell“, gekoppelt an die Ausbildungsanforderungen, sollte auch soweit steuernd wirken, dass die Kontingentierung der Leistung aufgehoben werden kann. Die Kontingentierung war bisher neben dem Problem für die Hilfesuchenden auch ein Hindernis für eine realistische Bedarfsabschätzung. Auch wenn im vorgeschlagenen Modell das gesamte psychosoziale Hilfssystem besser einbezogen ist, kann es sein, dass es eine Aufstockung von Kassenplätzen notwendig machen wird.

8.2 Offene Fragen, Problemfelder und mögliche Lösungssätze

Arbeiten der GÖG zur psychotherapeutischen Versorgung ((Grabenhofer-Eggerth/Sator 2019), (Sagerschnig et al. 2018)), aber auch andere Studien (z. B. (Riedel 2015)) zeigen, dass Patientinnen und Patienten bei einigen Kassen im Schnitt oft nur **sehr wenige Sitzungen** (teilw. unter 10) von kassenfinanzierter Psychotherapie **in Anspruch** nehmen. Um die Gründe dafür herauszufinden und entsprechend steuernd wirken zu können, wären dringend Studien notwendig. Denkbare Gründe können z. B. sein: Bewilligung ab 10. Sitzung fällig, rasche Besserung der Problematik (hätte Beratung nicht auch gereicht?), kein Zustandekommen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, Interesse verloren, weil keine schnelle Besserung der Symptome, ...

Bei der letzten Erhebung zur psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 2015 (Grabenhofer-Eggerth/Sator 2019) zeigte sich, dass rund die Hälfte der behandelten Patientinnen und Patienten mittels **psychotherapeutischer Medizin** behandelt wurde. Allerdings wurden hier im Schnitt pro Person viel weniger Sitzungen in Anspruch genommen als bei anderen psychotherapeutischen Angeboten. Für die weitere Angebotsplanung wäre es wichtig, zu erforschen, was die Gründe dafür sind und welche Funktion die psychotherapeutische Medizin im Feld der psychotherapeutischen Versorgung (von Clearing bis Therapie) einnimmt.

Unbeantwortet bleibt die Frage: Welche therapeutischen Leistungen sollen **durch welche Berufsgruppe** erbracht werden? Was in der internationalen wissenschaftlichen Literatur unter dem Begriff „Psychotherapie“ verstanden wird, wird in Österreich von Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Fachärztinnen und -ärzten für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Ärztinnen und Ärzten mit PSYIII-Diplom und von Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen mit jeweils unterschiedlichen Qualifikationen und unterschiedlichen methodischen Herangehensweisen durchgeführt⁹. Eine Entscheidung, welche Leistungen von welcher Berufsgruppe erbracht und von der Krankenversicherung bezahlt werden sollten, ist auf Basis der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz nicht möglich. Für Patientinnen und Patienten (und Fachleute) ist die Trennung der durch die unterschiedlichen Berufsgruppen erbrachten Leistungen nicht nachvollziehbar. Künftige Lösungen sollten diese Trennung daher nicht noch weiter fördern und sollten zumindest die Weichen in Richtung einer gemeinsamen Regelung und Qualitätssicherung stellen (=unterstes Minimalziel). Die psychotherapeutische Ausbildung soll jedenfalls auf die Krankenbehandlung fokussieren, um zusätzliche Regelungen und Kriterien durch die Kassen mittelfristig überflüssig zu machen. Auch die Vielzahl der psychotherapeutischen Schulen ist für Patientinnen und Patienten (aber auch für Fachleute) schwer verständlich, die Zusammenfassung der Schulen in **vier Cluster** wäre ebenfalls ein wichtiger Aspekt in einem neuen Psychotherapiegesetz.

Für jene **therapeutischen Leistungen**, die häufig von **Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen** erbracht werden, in denen keine Überschneidungen mit jenen der anderen PSY-Berufe gegeben sind (v. a. Leistungen bei somatischen Diagnosen wie Schlaganfall, chronische Schmerzen, ...) und für deren Wirksamkeit im ambulanten Setting wissenschaftliche Evidenz vorliegt, sollte die Finanzierung durch die Sozialversicherung übernommen werden (siehe dazu Sagerschnig et al in Vorbereitung).

Eine zentrale Problematik der **Psychotherapieausbildung** in Österreich ist, dass es keine öffentliche universitäre / akademische Ausbildung ist und dass sie nicht ohne Kosten für die Studierenden angeboten wird (siehe auch (Rechnungshof 2019)). Die derzeitige Lösung unterstützt eine soziale Selektion und/oder macht es schwierig, die Kosten für die teure Ausbildung wieder „einspielen“ zu können bzw. setzt falsche Anreize, dies zu tun. Durch den im internationalen Vergleich sehr breiten Zugang zur Ausbildung („Genieparagraph“) und die nicht nur auf die Krankenbehandlung fokussierte Ausbildung sind einige Kassen (z. B. in Salzburg, Vorarlberg) dazu übergegangen, darüber hinausgehende Qualifikationen als Voraussetzung für die Kostenübernahme der Krankenbehandlung zu fordern. Wie bereits erwähnt, gibt es parallel zur Psychotherapieausbildung andere Ausbildungen, die zur Erbringung ähnlicher Leistungen befähigen können (psychotherapeutische Medizin, Klinische Psychologie). Künftige Regelungen sollten daher versuchen, die beschriebenen Probleme zu beheben und die Professionen à la longue wieder anzunähern.

9

Die therapeutischen Leistungen der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen sind von der Kassenfinanzierung jedoch ausgenommen.

Seit der Aufnahme der Psychotherapie ins ASVG im Jahr 1992 gab es bis ins Jahr 2000 immer wieder Versuche, einen **Gesamtvertrag** für Psychotherapie abzuschließen. Es muss in diesem Zusammenhang darauf verwiesen werden, dass einerseits das ASVG für den Fall, dass ein Gesamtvertrag abgeschlossen wird, 20 Prozent Patientenselbstbehalt der von Psychotherapeutin / vom Psychotherapeuten einzuheben ist, vorsieht und dass andererseits ein Gesamtvertrag allein noch keine Probleme löst. Wie aus dem ärztlichen Bereich bekannt (derzeit haben z. B. nur rund 20 % der niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiater einen Kassenvertrag), muss auch die Honorierung durch die Sozialversicherung entsprechend attraktiv sein. Pragmatisch gesehen wäre eine vertragliche Lösung sinnvoll, die den Therapeutinnen und Therapeuten die Möglichkeit einräumt, sowohl auf Kassenkosten als auch über Kostenzuschuss¹⁰ sowie privat¹¹ zu behandeln. Bei einer solchen „Sowohl–als–auch–Lösung“ wäre es sinnvoll, wie in Vorarlberg eine gewisse Mindeststundenzahl vorzugeben, die eine Therapeutin/ein Therapeut an „Kassenstunden“ im Modell anbieten muss, wenn sie/er am Modell teilnimmt.

Sowohl in den Patienteninterviews der Studie von Sagerschnig (Sagerschnig et al. 2018) als auch in den Sitzungen der Arbeitsgruppen zu diesem Projekt wurde die Schaffung einer Möglichkeit zu **aufsuchenden Angeboten** und/oder **Psychotherapie über Video-Verbindung** diskutiert. Besonders für wenig mobile und/oder in abgelegenen Gegenden wohnende Patientinnen und Patienten oder für Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung (z. B. Angststörung, Depression) aktuell Schwierigkeiten haben, das Haus zu verlassen, sollte künftig die Möglichkeit zu (zumindest zeitweiser) aufsuchender Psychotherapie und/oder Psychotherapie über Video-Verbindung geschaffen werden¹².

Einem biopsychosozialen Gesundheitsverständnis folgend sollte längerfristig überlegt werden, welche Clearingfunktion von **Primärversorgungseinheiten** ausgeübt werden könnte. Jedenfalls erscheint die Erhöhung der Kompetenz in Hinblick auf psychische Erkrankungen in diesem Bereich besonders wichtig.

In den Arbeitsgruppensitzungen zum Zugang zur psychosozialen bzw. psychotherapeutischen Versorgung haben Expertinnen und Experten für Kinder- und Jugendpsychiatrie darauf hingewiesen, dass es für die **Versorgung von Kindern und Jugendlichen** eigene Zuweisungs- und Weitervermittlungswege gibt und dass dafür ein eigenes Modell entwickelt werden sollte.

10

Mittelfristig sollte im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit das Kostenzuschussmodell gänzlich durch die Sachleistungsversorgung ersetzt werden.

11

v. a. nicht krankheitswertige Problemlagen

12

In Deutschland werden unter bestimmten Voraussetzungen bereits Videosprechstunden von den Kassen finanziert, allerdings gibt es in Deutschland bereits auch entsprechende berufsrechtliche Regelungen.

9 Quellen und Literatur

Interviews

Interview mit Katharina Humer – Alkohol. Leben können. 4. 10. 2018

Telefoninterview mit Bettina Nedwadba-Piller – Clearingstelle für Psychotherapie Niederösterreich 29. 8. 2018

Telefoninterview mit Wolfgang Schimböck – Clearingstelle für Psychotherapie Oberösterreich 8. 8. 2018

Telefoninterview mit Dagmar Fuchs und Gerhard Wagner – Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirol (Ges.f.P.V.T.) 7. 9. 2018

Studienbesuch Vorarlberg 19. und 20. 3. 2018: Gespräche (u. a.) mit Joachim Hagleitner (Psychiatriekoordinator), Maria Veraar (Leiterin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Rankweil), Ulrich Tumler (VGKK) und Kerstin Vogg (ifs, Leiterin des Psychotherapie-Versorgungsmodells)

Websites

Clearingstelle Niederösterreich: <https://www.noegkk.at/cdscontent/?contentid=10007.702630&viewmode=content>

Clearingstelle Oberösterreich: <https://www.ooelp.at/ooegp/organisation/clearingstelle>

Modell Tirol: <http://www.psychotherapie-info.at/>

Modell Salzburg: https://www.arge-psychotherapie.at/pages/versorgungsmodell/sachleistung_sw_neu.php

Literatur

99. Bundesgesetz: Änderung des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (58. Novelle zum ASVG) (2001): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (58. Novelle zum ASVG), BGBl. I Nr. 99/2001, Fassung vom 07.08.2001
676. Bundesgesetz: 50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (1991): Bundesgesetz, mit dem das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz geändert wird (50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz) BGBl. Nr. 676/1991 Fassung vom 27.12.1991
- BMASGK (2019): Gesundheitsziel 9. Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern Ergänztter Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, Wien
- BMGF (2017): Gesundheitsziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen unabhängig von Herkunft und Alter sorgen. Bericht der Arbeitsgruppe. Aufl. April 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- BPtK (2018): Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Studie. Bundes Psychotherapeuten Kammer, Berlin
- BPtK (o. J.): Psychotherapie-Richtlinie. Bundes Psychotherapeuten Kammer, Berlin
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander (2012): Klinisch-psychologische Versorgung in Krankenanstalten und Rehabilitationszentren 2011. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sator, Marlene (2019): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung. Inanspruchnahme und Finanzierung. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. Noch unveröffentlicht
- HVB (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter. Projekt "Psychische Gesundheit". Abschlussbericht. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger & GKK Salzburg, Wien/Salzburg
- Jacobi, F.; Hofler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L.; Busch, M. A.; Maske, U.; Hapke, U.; Gaebel, W.; Maier, W.; Wagner, M.; Zielasek, J.; Wittchen, H. U. (2014): [Mental disorders in the general population : Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH)]. In: Nervenarzt 85/1:77-87
- Katschnig, Heinz (2011): Monitoring service utilization of persons with mental disorders – a case for mapping pathways of care. In: Epidemiology and Psychiatric Sciences 20/01:7-13
- KBV (2017): Information für die Praxis. Psychotherapie. Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung – Wissenswertes für Therapeuten. KdöR, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin

- KVWL (Hg.) (2017): KVWL kompakt. Kassenärztliche Vereinigung 2017/ September/Nr. 566. Berlin
- N., o. (o. J.): Alkohol 2020 – Phase 2 Integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankung in Wien geht in neue Phase.
- Olesen, J.; Gustavsson, A.; Svensson, M.; Wittchen, H. U.; Jonsson, B.; group, Cdbe study; European Brain, Council (2012): The economic cost of brain disorders in Europe. In: Eur J Neurol 19/1:155–162
- Patera, Nikolaus; Reinsperger, Inanna (2013): Behandlung durch Klinische PsychologInnen. Teil I: Übersicht zu Ausbildungserfordernissen und systematische Stakeholderanalyse zu Aufgabengebieten und Behandlungsmethoden. LBI-HTA Projektbericht. Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment, Wien
- Psychologengesetz 2013: 182. Bundesgesetz über die Führung der Bezeichnung „Psychologin“ oder „Psychologe“ und über die Ausübung der Gesundheitspsychologie und der Klinischen Psychologie (Psychologengesetz 2013), BGBl 2013/182, in der geltenden Fassung.
- Rechnungshof (2019): Bericht des Rechnungshofes. Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung. Hg. v. 2019/8, Reihe Bund, Wien
- Reuvers, Lenea (2015): Alkohol 2020 – Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung: Das Wiener Modell von Sucht- und Drogenkoordination. Pilotprojekt Phase I, Wien
- Riedel, Monika (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS), im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien
- Sagerschnig, Sophie; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela; Sator, Marlene; Zuba, Martin (2018): Inanspruchnahme von Psychotherapie und psychiatrischer Rehabilitation im Kontext der Angebote. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- Sagerschnig, Sophie; Antony, Daniela; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kern, Daniela (in Vorbereitung): Evidenzanalyse zur Wirksamkeit von Leistungen klinisch-psychologischer Behandlung bei ausgewählten Diagnosen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger
- Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung, Wien
- Zielsteuerung-Gesundheit (2017): Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene für die Jahre 2017 bis 2021