

Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung 2019 (Datenbasis 2014)

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

Inanspruchnahme und Finanzierung von Psychotherapie als Leistung der sozialen Krankenversicherung mit einem Sonderkapitel zur Verordnung von Psychopharmaka

Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung 2019 (Datenbasis 2014)

Autor/in:

Alexander Grabenhofer-Eggerth
Marlene Sator

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Michael Kierein

Projektassistenz:

Menekse Yilmaz

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

Wien, im Juli 2020

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

Zitiervorschlag: Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sator, Marlene (2020): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung – Inanspruchnahme und Finanzierung. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P4/21/4764

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

Das damalige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragte die Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) in Anknüpfung an vorangegangene Berichte damit, die aktuelle Versorgung mit gänzlich oder teilweise von den Sozialversicherungsträgern (SV) finanzierter Psychotherapie zu analysieren. Ziel der vorliegenden Studie ist, die unterschiedlichen Versorgungs- und Finanzierungsmodelle in den einzelnen Bundesländern und die Ausgaben und erbrachten Leistungen im Jahr 2014 mit jenen der vergangenen Jahre zu vergleichen.

Weitere Inhalte der Studie sind eine Bewertung der Versorgungswirksamkeit der psychotherapeutischen Angebote sowie Empfehlungen hinsichtlich der Weiterentwicklung kassenfinanzierter Psychotherapie.

Wie schon im Bericht 2010 (Eggerth et al. 2010a) ENREF_2 widmet sich auch diesmal ein eigenes Kapitel den Ausgaben der SV für Psychopharmaka sowie der Entwicklung der Verordnungszahlen, da dieser Bereich ebenso wie die Psychotherapie durch eine starke Dynamik geprägt ist.

Versorgung mit Psychotherapie

Die Ausgaben der SV für Psychotherapie stiegen von 59,7 Mio. Euro im Jahr 2009 um rund 28 Prozent auf zumindest 76,4 Mio. Euro im Jahr 2014, die Steigerung lag damit deutlich über der Inflationsrate von rund 12 Prozent für diesen Zeitraum¹. Die tatsächlichen Ausgaben der SV für Psychotherapie sind etwas höher als der hier beschriebene Wert, da einzelne Daten nicht vollständig zur Verfügung standen². Von den Gesamtausgaben entfielen 60 Prozent auf durch Vereine und Institutionen erbrachte Psychotherapie, 20 Prozent auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte, 19 Prozent auf Kostenzuschüsse zur psychotherapeutischen Behandlung bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten und ein Prozent auf die Leistungen kasseneigener Einrichtungen.

1

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

2

Folgende Daten standen nicht zur Verfügung und konnten daher in dieser Studie nicht berücksichtigt werden:

- » Ausgaben der SVA und SVB für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der BGKK und TGKK für Leistungen durch Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der KGKK für einige pauschalfinanzierte Vereine die neben anderen Leistungen auch Psychotherapie anbieten
- » Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten und Ausgaben der Betriebskrankenkassen für Psychotherapie

Über Versorgungsvereine und Institutionen wurden im Jahr 2014 etwas über 60.000 Personen erreicht, bezuschusste Psychotherapie erhielten rund 56.000 Personen. Mit ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen wurden rund 117.000 Personen versorgt, wobei letztere Zahl nur als grober Richtwert dienen kann, da einerseits nicht alle Kassen Patientenzahlen nennen und andererseits einige Kassen Mehrfachzählungen nicht ausschließen konnten. Kasseneigene Institutionen versorgten 3.700 Personen. Zu allen Angebotsformen fehlen wichtige Basisinformationen hinsichtlich Struktur der Inanspruchnahme wie z. B. der Patientendurchsatz (also wie viele Personen wie viele Einheiten in Anspruch nehmen) oder wie viele Personen zu welchem Zeitpunkt eine Therapie abrechnen. Für eine bessere Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung wären diese Basisinformationen sehr wichtig.

Die durchschnittliche Anzahl in Anspruch genommener Psychotherapie-Einheiten pro Person als ärztliche psychotherapeutische Leistungen variiert je nach Krankenversicherungsträger, ist aber insgesamt deutlich niedriger als bei den anderen Therapieformen. Dies ist als Indiz dafür zu werten, dass sich dieses Angebot von Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten unterscheidet und es sich hierbei oft um Kurzinterventionen oder Motivationsgespräche handeln dürfte. Zur genaueren Beschreibung dieses Angebotes wären vertiefende Studien äußerst sinnvoll.

Das vorhandene Angebot stellt eine Basisversorgung sicher, dennoch scheint in allen Bundesländern weiterer Versorgungsbedarf gegeben. Hinweise dafür sind einerseits die Kontingentierung und andererseits die Wartezeiten. Viele Personen mit krankheitswertigen Störungen suchen daher bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Hilfe, die keine voll kassenfinanzierte Therapie anbieten können; der von den Versicherungsträgern geleistete Kostenzuschuss deckt in der Regel jedoch nur ein Viertel der Behandlungskosten.

Das Angebot ist im Bundesländervergleich unterschiedlich gewachsen und die Ausgaben verteilen sich – in Abhängigkeit von den Versicherungsträgern – prozentuell unterschiedlich auf die einzelnen Angebotsformen. Die jeweiligen Versicherungsträger setzen nicht nur unterschiedliche Schwerpunkte in der Versorgung, auch die Ausgaben pro anspruchsberechtigte Person variieren sehr stark; zudem sind die Steuerungsmechanismen der Versicherungsträger unterschiedlich ausgestaltet.

Resümee zur psychotherapeutischen Versorgung

Seit der ersten Erhebung im Jahr 2001 haben sich die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie wesentlich erhöht. Dadurch konnten auch deutlich mehr Personen kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dennoch kann davon ausgegangen werden, dass das vorhandene Angebot den Bedarf nicht deckt. Die Analyse der vorliegenden Daten und die Beobachtung der Entwicklung der letzten Jahre legen die folgenden Empfehlungen nahe:

1. Erweiterung des Angebots und Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten
 - » Die Nachfrage nach Psychotherapie als Sachleistung kann aufgrund der Kontingentierung des Angebots nicht befriedigt werden. Um ausreichend Therapie-Einheiten für Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können, sollte daher die Kontingentierung auf den Bedarf abgestimmt werden. Der Zugang könnte über Clearingstellen oder ähnlich wie bei „Alkohol. Leben können“³ über regionale Kompetenzzentren gesteuert werden. Darüber hinaus wird die Durchführung von Studien zur Abklärung des aktuellen Psychotherapiebedarfes anhand neuester epidemiologischer Daten und unter Berücksichtigung der aktuellen Tätigkeits- bzw. Kompetenzprofile der psychosozialen Berufsgruppen empfohlen.
 - » Die Versorgung mit Psychotherapie besteht aus sehr verschiedenartig ausgestalteten Modellen, sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen zur Inanspruchnahme als auch hinsichtlich der Dotierung der einzelnen Angebote. Darüber hinaus variieren die bei den jeweiligen SV-Trägern zur Verfügung stehenden Beträge zur Finanzierung von „psychotherapeutischen Leistungen“ beträchtlich. Die Zugangsmöglichkeiten sind daher für Teile der Bevölkerung eingeschränkt, sie sollten vereinheitlicht werden, um die im ASVG festgelegte Gleichstellung von psychotherapeutischer und ärztlicher Versorgung sicherzustellen.
 2. Gesamtvertrag
 - » Auch wenn der bis dato gescheiterte Gesamtvertrag (letzte Verhandlungen im Jahr 2000) per se noch keine Lösung aller Versorgungsprobleme darstellen würde, so könnte er einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage leisten.
 3. Qualitätssicherung
 - » Solange das Angebot an Psychotherapie durch Einschränkung und Kontingentierung geprägt ist, fehlt Patientinnen und Patienten die Wahlmöglichkeit. Damit einhergehend entfällt die Nachfrageorientierung, die maßgeblich zur Sicherung der Qualität beiträgt. Auch dies spricht für die Aufhebung der Kontingentierung.
 - » Häufig werden von Patientinnen/Patienten im Rahmen ärztlicher psychotherapeutischer Leistungen nur wenige und kurze Einheiten in Anspruch genommen. Jedenfalls werden durch diese Angebotsform genauso viele Personen erreicht als durch alle anderen Angebotsformen zusammen. Um über Struktur und Inhalte der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen mehr in Erfahrung zu bringen, wären vertiefende Studien dringend erforderlich.
 - » Trotz verbesserter Datenlage erscheint es für die Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung wichtig, wesentliche Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme zu erheben (Anzahl der Patientinnen und Patienten, erbrachte Therapie-Einheiten, Therapiedauer).
- ⇒ Gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung von Psychotherapie

- » Diese drei Punkte zusammenfassend betrachtet, erscheint es – auch im Sinne des Prinzips der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit – sinnvoll mit allen Akteuren einen neuen Anlauf zu einer bundesweiten Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie zu unternehmen und eine gesamthafte Lösung zu Organisation, Qualitätssicherung und Finanzierung von Psychotherapie zu erarbeiten. Deshalb wurde von BMSGPK, HVSVT und WGKK genau dieser neue Anlauf als gemeinsame Maßnahme zum österreichischen Gesundheitsziel 9 (BMGF 2017) eingemeldet und läuft als Projekt ab 2018.

Versorgung mit Psychopharmaka

Von den Krankenkassen wurden im Jahr 2014 rund 12,3 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert, die Ausgaben dafür betragen rund 256 Mio. Euro. Die Zahl der Verordnungen stieg seit dem Jahr 2009 um 15 Prozent, die Kosten um rund 11 Prozent. Die Kostensteigerung lag somit etwas unter der Inflationsrate⁴ für diesen Zeitraum von etwa 12 Prozent. Den höchsten Kostenanteil bedingt die verordnungstärkste Gruppe, nämlich Antidepressiva mit 43 Prozent der Gesamtkosten. Die Gruppe der Antipsychotika trägt mit 38 Prozent im Vergleich zur Verordnungszahl (16 %) überproportional zu den Kosten bei. Die Gruppe der Hypnotika und Sedativa sowie die Gruppe der Anxiolytika, die zusammen 24 Prozent der Verordnungen ausmachen, verursachen hingegen nur 4 Prozent der Kosten.

Die Anzahl der Verordnungen von Antidepressiva wächst weiterhin. Die hohe Zahl an Verordnungen lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf eine etwaige „Volkskrankheit Depression“ zu, da Antidepressiva auch bei anderen Indikationen eine Rolle spielen.

Rund 78 Prozent der Psychopharmaka werden von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben, wobei jedoch nicht gesagt werden kann, ob es sich dabei um Erst- oder Folgeverordnungen nach einer Erstverordnung durch eine Fachärztin oder einen Facharzt handelt. Die Zahlen zeigen jedenfalls, dass Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Versorgung von psychisch kranken Menschen spielen.

4

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

Inhalt

Kurzfassung	III
Abbildungen.....	IX
Tabellen	X
Abkürzungen.....	XI
1 Einleitung	1
1.1 Ausgangslage und Ziele der Studie	1
1.1.1 Psychotherapie.....	1
1.1.2 Psychopharmaka	2
1.1.3 Aufbau des Berichts	3
1.2 Methodisches Vorgehen und Datenqualität.....	3
2 Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung durch die soziale Krankenversicherung	5
2.1 Finanzierungsformen im Überblick	5
2.2 Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“	6
2.3 Psychotherapie im Rahmen von Institutionen.....	9
2.4 Kostenzuschüsse zur Psychotherapie	10
2.5 Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“	10
2.6 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen	11
3 Angebot und Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie.....	12
3.1 Ziele und Fragestellungen	12
3.2 Gesamtüberblick.....	12
3.3 Durch Versorgungsvereine und Institutionen erbrachte Leistungen	13
3.4 Bezuschusste Leistungen durch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten	17
3.5 Durch Ärztinnen und Ärzte erbrachte Leistungen	17
3.6 Durch kasseneigene Einrichtungen erbrachte Leistungen	19
4 Ausgaben für Psychotherapie	21
4.1 Zielsetzung und Fragestellungen.....	21
4.2 Gesamtüberblick.....	21
4.3 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen	25
4.4 Kostenzuschüsse	26
4.5 Psychotherapeutische Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte	27
4.6 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen	28
5 Einschätzung der Versorgungslage und Empfehlungen	29
5.1 Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungssituation.....	29
5.2 Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit.....	32
5.3 Empfehlungen	34

6	Psychopharmaka.....	36
6.1	Datengrundlage und Limitationen	36
6.2	Verschreibungen von Psychopharmaka im Zeitverlauf.....	36
6.2.1	Gesamtentwicklung.....	36
6.2.2	Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa ...	38
6.2.3	Andere Psychopharmaka	39
6.2.4	Verordnungen von Psychopharmaka nach Ärztegruppen.....	39
6.2.5	Kosten	40
6.3	Zusammenfassung.....	43
7	Quellen- und Literaturverzeichnis	44

Abbildungen

Abbildung 4.1:	Verteilung der im Jahr 2014 geleisteten SV-Ausgaben für Psychotherapie auf die unterschiedlichen Angebotsformen.....	22
Abbildung 4.2:	Verteilung der Ausgaben auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen pro 100 Anspruchsberechtigte im Jahr 2014 (in Euro).....	23
Abbildung 5.1:	Prozentsatz der im Jahr 2014 behandelten Personen, nach Angebotsform	30
Abbildung 6.1:	Verordnungen von Psychopharmaka im Jahr 2014 (n = 12.331.338).....	37
Abbildung 6.2:	Entwicklung der Psychopharmaka-Verordnungen in den Jahren 2006–2014.....	37
Abbildung 6.3:	Entwicklung der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf 2006–2014	38
Abbildung 6.4:	Entwicklung der Verordnungen der übrigen Psychopharmaka in den Jahren 2006–2014	39
Abbildung 6.5:	Verordnungen von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa und Antidepressiva nach Ärztgruppen im Jahr 2014.....	40
Abbildung 6.6:	Kosten der verordneten Psychopharmaka 2014 (100 % = 256 Mio. Euro) in Prozent	41
Abbildung 6.7:	Verschreibungs- und Kostenanteile einzelner Psychopharmakagruppen im Jahr 2014 in Prozent	41
Abbildung 6.8:	Entwicklung der Gesamtkosten von Psychopharmaka in den Jahren 2006 bis 2014, in Euro	42
Abbildung 6.9:	Entwicklung der Kosten von verordneten Psychopharmaka-Gruppen in den Jahren 2006–2014, in Euro	42

Tabellen

Tabelle 2.1:	Psychotherapeutische Versorgungsvereine in Österreich (Übersicht)	7
Tabelle 3.1:	Anzahl der Versorgungsvereine, Anzahl beteiligter Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie erbrachte Psychotherapie-Einheiten 2014 und deren Veränderungen seit 2009	13
Tabelle 3.2:	Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Versorgungsvereinen sowie erbrachte Psychotherapie-Einheiten (absolut, bezogen auf 10.000 EW und pro Psychotherapeut/in) im Jahr 2014	15
Tabelle 3.3:	Im Jahr 2014 erbrachte Psychotherapie-Einheiten und behandelte Personen in Versorgungsvereinen und Institutionen	16
Tabelle 3.4:	Bezuschusste Psychotherapie-Einheiten im Jahr 2014 und Veränderung seit 2009 (in Prozent).....	17
Tabelle 3.5:	Abrechenbare Dauer von Einzeltherapie-Einheiten laut Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger.....	18
Tabelle 3.6:	In kasseneigenen Einrichtungen im Jahr 2014 geleistete Psychotherapie-Einheiten und Anzahl behandelter Personen	20
Tabelle 4.1:	Aufwendungen der Krankenversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2014, pro Angebotsform und gesamt (in Euro).....	24
Tabelle 4.2:	Aufwendungen der Sozialversicherungen für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine und Institutionen im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009	25
Tabelle 4.3:	Kostenzuschüsse der Krankenversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009	27
Tabelle 4.4:	Ausgaben der Krankenversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen/-ärzte und Wahlärztinnen/-ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009.....	28
Tabelle 5.1:	Verteilung der Ausgaben auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen (in Prozent) und Ausgaben pro 100 Anspruchsberechtigte (in Euro)	31

Abkürzungen

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch–therapeutisch–chemisches Klassifikationssystem
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BVA	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter
EKO	Erstattungskodex
EW	Einwohner/innen
FÄ	Fachärztinnen/-ärzte
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
HVSVT	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
IPR	Institut Psychotherapie ländlicher Raum
KGKK	Kärntner Gebietskrankenkasse
ndgl.	Niedergelassene Therapeuten/Therapeutinnen
NGPV	Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGPV	Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBVP	Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
OÖGP	Oberösterreichische Gesellschaft für Psychotherapie
PGA	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit
PT	Psychotherapie
PVT	Gesellschaft für die psychotherapeutische Versorgung Tirols
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherungsträger
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
VA	Versicherungsanstalt
VAEB	Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau
VAP	Verein für ambulante Psychotherapie
VAPP	Verein für ambulante psychologische Psychotherapie
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WGPV	Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung
WKO	Wirtschaftskammer Österreich

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Ziele der Studie

Eine wichtige Säule in der ambulanten Versorgung psychisch kranker Menschen ist die Behandlung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Die GÖG/ÖBIG hat bereits mehrfach (und zwar für die Jahre 2001, 2004, 2007 und 2009) die Versorgungslage im Bereich Psychotherapie erfasst. Der vorliegende Bericht stellt eine Aktualisierung des letzten Berichtes (Eggerth et al. 2010a) dar.

Sowohl der Bereich der Psychotherapie als auch jener der Psychopharmaka ist durch eine hohe Dynamik geprägt. Gerade deshalb ist es wichtig, die Entwicklung der Versorgungslage zu beobachten. Schenkt man der WHO⁵ und internationalen Studien Glauben, zählt die adäquate Versorgung psychisch Kranker in Zukunft zu den größten Herausforderungen für die Gesundheitssysteme (Olesen et al. 2012). Psychische Erkrankungen stellen oft eine jahrelange schwere Belastung für die Betroffenen dar und haben weitreichende Auswirkungen im privaten und beruflichen Umfeld. Neben den direkten Kosten für die Behandlung sind indirekte volkswirtschaftliche Kosten zu bedenken, die sich beispielsweise aus längeren Krankenständen, Verlust des Arbeitsplatzes oder krankheitsbedingten Frühpensionierungen ergeben.

1.1.1 Psychotherapie

In der mit Jänner 1992 in Kraft getretenen 50. ASVG-Novelle (BGBl 1991/676) wurden Psychotherapie sowie 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 (HVSVT) und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) bislang keinen Gesamtvertrag.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) sieht vor, dass, solange kein Gesamtvertrag in Geltung steht, für die Träger der Krankenversicherung vom HVSVT Einzelverträge mit freiberuflich tätigen Psychotherapeuten/-therapeutinnen nach einheitlichen Grundsätzen abgeschlossen werden können (58. ASVG-Novelle, BGBl 2001/99). Solche Einzelverträge gibt es derzeit allerdings nicht. In den letzten Jahren schlossen aber zahlreiche Krankenversicherungsträger mit psychotherapeutischen Versorgungsvereinen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung. Zusätzlich zu diesen Verträgen existiert eine österreichweit gültige Zuschussregelung, die als

5

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

Übergangslösung bis zum Abschluss eines Gesamtvertrages eingerichtet wurde. 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 Zuschüsse sind allerdings seit 1992 nicht mehr erhöht worden⁶. Weiters schloss eine Reihe von psychosozialen Institutionen Verträge mit Versicherungsträgern ab und kann kostenlos Psychotherapie für ihre Klientinnen und Klienten anbieten. Psychotherapie kann auch in den eigenen Einrichtungen der Kassen auf Krankenschein in Anspruch genommen werden. Ein weiteres Angebot sind die von Ärztinnen und Ärzten unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ mit den Sozialversicherungsträgern abgerechneten Therapie-Einheiten.

Ziel des vorliegenden Berichtes ist es, in Anknüpfung an die vorangegangenen Berichtsperioden die unterschiedlichen Finanzierungsformen sowie das Leistungsangebot darzustellen und zu analysieren; im Einzelnen werden die folgenden Themen behandelt:

- » Gemeinsamkeiten und Unterschiede der bestehenden Finanzierungsmodelle in den einzelnen Bundesländern
- » Erbrachter Leistungsumfang in den unterschiedlichen Versorgungsmodellen im Jahr 2014 sowie Veränderungen seit dem Jahr 2009
- » Ausgaben der Sozialversicherungsträger für Psychotherapie im Rahmen von Vereinen und Institutionen, für Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen oder -therapeuten, für ärztliche psychotherapeutische Leistungen und für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen. Veränderungen der Ausgaben seit dem Jahr 2009
- » Analyse der Bedarfsgerechtigkeit und Zugänglichkeit bestehender Angebote
- » Mögliche Einschränkungen und Barrieren hinsichtlich Zugänglichkeit der psychotherapeutischen Versorgung und Empfehlungen zur Verbesserung der derzeitigen Versorgungssituation

1.1.2 Psychopharmaka

Im vorliegenden Bericht werden erneut die Verordnungen von Psychopharmaka und die Kosten dafür berücksichtigt. Im Unterschied zur detaillierten Analyse von Angebot und Inanspruchnahme der kassenfinanzierten Psychotherapie auf Bundesländerebene wird im Bereich Psychopharmaka ein Überblick über die Anzahl der Verordnungen und die Ausgaben der Krankenkassen für diese Heilmittel im Zeitverlauf gegeben; regionale Analysen und Rückschlüsse auf die Inanspruchnahme sind aber nicht möglich.

⁶
mit Ausnahme der BVA (und ab 2015 VAEB bzw. 2016 der SVB)

1.1.3 Aufbau des Berichts

Der Berichtsaufbau sowie grundlegende Textpassagen zu den möglichen Finanzierungsformen der Psychotherapie wurden im Wesentlichen analog zu den vorangegangenen Studien gestaltet. Kapitel 2 beschreibt die unterschiedlichen Finanzierungsformen von Psychotherapie und die Voraussetzungen für deren Inanspruchnahme und geht auf die Unterschiede zwischen den einzelnen Sozialversicherungsträgern ein. Kapitel 3 behandelt Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie und beschreibt eingehend die Problematik der Messung, Darstellung und Vergleichbarkeit von erbrachten Psychotherapie-Einheiten sowie der Abschätzung der dahinterstehenden Anzahl von Patientinnen und Patienten. Kapitel 4 beschreibt die Ausgaben der Sozialversicherungsträger für die einzelnen psychotherapeutischen Angebotsformen. In Kapitel 5 werden die wichtigsten Ergebnisse zur Psychotherapie zusammengefasst, die Versorgungswirksamkeit beurteilt und Empfehlungen daraus abgeleitet. Kapitel 6 schafft einen groben Überblick über die Versorgung mit Psychopharmaka.

Im Anhang finden sich die verwendeten Erhebungsbögen.

1.2 Methodisches Vorgehen und Datenqualität

Die einzelnen Erhebungsschritte zur Versorgungssituation erfolgten in Anlehnung an die Vorgehensweise in den vergangenen Jahren und in Kooperation mit dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger (HVSVT):

1. Schriftliche Befragung der Krankenversicherungsträger und Nachrecherche durch den HVSVT zu den Themen:
 - » Leistungsumfang von Versorgungsvereinen und Institutionen, mit denen Verträge zur Erbringung von Psychotherapie als Sachleistung bestehen
 - » Geleistete Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung
 - » Umfang der ärztlichen Leistungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
 - » Leistungsumfang von Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen
2. Befragung der Versorgungsvereine durch GÖG/ÖBIG zu den Themen:
 - » Umfang des Angebotes
 - » Inanspruchnahme des Angebotes
3. Aufbereitung der vom HVSVT zur Verfügung gestellten Auswertungen zu Verordnungen und Kosten von Psychopharmaka

Die gesammelten Informationen über Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie als Sachleistung decken den größten Teil der Krankenversicherungen in Österreich ab, es fehlen lediglich die Angaben der Betriebskrankenkassen bzw. Krankenfürsorgeanstalten. Neun der zehn österreichischen Versorgungsvereine beteiligten sich an der Erhebung. Da zu einzelnen Finanzierungsformen zumindest grobe Daten zur Inanspruchnahme vorliegen, sind Rückschlüsse auf die Versorgungswirksamkeit möglich, die Datenlage hat sich seit der letzten Erhebung im Jahr 2010

verbessert. Allerdings fehlen nach wie vor teilweise wesentliche Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme, beispielsweise sind Auswertungen zur durchschnittlichen Anzahl der geleisteten Psychotherapie-Einheiten pro Person derzeit nur bedingt möglich, eine tiefergehende Beurteilung der Versorgungswirksamkeit wird dadurch erschwert. Zum Bereich der durch Klientinnen und Klienten frei finanzierten Psychotherapie wurden keine Daten erhoben, da der Fokus der Studie auf der kassenfinanzierten Psychotherapie lag.

Die Auswertungen der Psychopharmaka-Verordnungen und -Kosten geben einen guten Überblick über die Entwicklung der Verordnungszahlen in den einzelnen Verordnungsgruppen sowie der daraus resultierenden Ausgaben. Keine Angaben sind nach wie vor darüber möglich, wie viele Personen im jeweiligen Bezugsjahr Psychopharmaka verordnet bekommen bzw. eingenommen haben, d. h., es kann kein Fallbezug hergestellt werden.

2 Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung durch die soziale Krankenversicherung

2.1 Finanzierungsformen im Überblick

Die sozialen Krankenversicherungen in Österreich übernehmen die Kosten von Psychotherapie (ganz oder teilweise) im Rahmen einer der folgenden fünf Angebotsformen:

1. Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“
2. Psychotherapie im Rahmen von Institutionen
3. Kostenzuschüsse für Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
4. Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
5. kasseneigene Einrichtungen

Die bestehenden Angebote einer psychotherapeutischen Behandlung als Sachleistung werden im Folgenden auf Basis ihrer Finanzierungsform behandelt. Diese lassen sich danach differenzieren,

- » ob es eine direkte Vertragsbeziehung zwischen Krankenversicherung und Anbieter der Leistung gibt,
- » ob die Krankenversicherung selbst als Anbieter der Leistung auftritt bzw.
- » ob die Leistung durch die Krankenversicherung indirekt finanziert wird.

In den meisten Bundesländern bestehen sowohl direkte Vertragsbeziehungen der Sozialversicherungsträger mit psychotherapeutischen Anbietern (Versorgungsvereine, Institutionen sowie Ärztinnen und Ärzte, die Leistungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ erbringen) als auch indirekte Finanzierungsformen. Einige Versicherungen haben Verträge mit vielen Anbietern (z. B. BVA, SVB, NÖGKK, WGKK), andere nur mit einigen wenigen. In Oberösterreich, der Steiermark und Wien treten die Gebietskrankenkassen darüber hinaus auch als Anbieter in kasseneigenen Einrichtungen auf.

Die Struktur des Angebotes kann folgendermaßen beschrieben werden:

- » Sogenannte „Vereinslösungen“ bestehen in allen Bundesländern mit Ausnahme von Kärnten und Vorarlberg⁷. Derzeit gibt es zehn psychotherapeutische Versorgungsvereine, von denen einer sowohl in Niederösterreich als auch in Wien tätig ist. Zum ersten Untersuchungszeitpunkt im Jahr 2001 bestanden erst sechs Vereine in vier Bundesländern.

7

In Vorarlberg wird die psychotherapeutische Versorgung seit April 2014 über das Institut für Sozialdienste (IFS), das selbst über angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügt, aber auch mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Verträge abgeschlossen hat, organisiert. Anders als bei den Versorgungsvereinen besteht aber ein Vertrag des IFS mit dem Land.

- » Österreichweit gibt es etwa 70 psychosoziale Institutionen – teilweise mit mehreren Standorten in einem Bundesland –, die Verträge mit einem oder mehreren Krankenversicherungsträgern eingegangen sind, wobei die Anzahl dieser Institutionen je nach Bundesland variiert.
- » Zusätzlich dazu gibt es Institutionen – alle in Vorarlberg –, die keine direkte Vertragsbeziehung mit der Gebietskrankenkasse haben, sondern vom Land finanziert werden, das von der VGKK dafür eine jährliche Pauschalsumme erhält.
- » In allen Bundesländern können Leistungen von Ärztinnen und Ärzten, die unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ erbracht werden, in Anspruch genommen werden.
- » In Oberösterreich, der Steiermark und Wien kann Psychotherapie als Sachleistung in beschränktem Umfang auch in kasseneigenen Einrichtungen in Anspruch genommen werden.

In den folgenden Abschnitten werden die Angebotsformen näher beleuchtet:

- » Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“
- » Im Rahmen von psychosozialen Institutionen erbrachte Psychotherapie, die direkt oder indirekt durch die Krankenversicherung finanziert wird
- » Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- » Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen/-ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen

2.2 Psychotherapie im Rahmen von „Vereinslösungen“

Die Verhandlungen über einen Gesamtvertrag zwischen dem HVSVT und dem ÖBVP haben bislang zu keinem Ergebnis geführt. Das ASVG bietet den Krankenversicherungsträgern die Möglichkeit, Einzelverträge mit freiberuflich tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten abzuschließen, solange kein Gesamtvertrag in Kraft ist (58. ASVG-Novelle, BGBl 2001/99). Von dieser Alternative zu einem Gesamtvertrag wurde bislang nicht Gebrauch gemacht. Stattdessen haben zahlreiche Krankenversicherungsträger mit psychotherapeutischen Vereinen Verträge zur Bereitstellung von Psychotherapie als Sachleistung geschlossen.

„Vereinslösungen“ haben sich in allen Bundesländern mit Ausnahme von Kärnten und Vorarlberg etabliert (siehe Tabelle 2.1). Das Ziel der Versorgungsvereine besteht darin, eine flächendeckende Versorgung im Bundesland anzubieten, das heißt, es stehen in der Regel in allen Bezirken Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Verfügung, die psychotherapeutische Behandlung als Sachleistung anbieten können (siehe Tabellen A1 bis A7 im Anhang).

Tabelle 2.1:

Psychotherapeutische Versorgungsvereine in Österreich (Übersicht)

Bundesland	Verein	Vertragsbeginn
Burgenland	Institut Psychotherapie ländlicher Raum (IPR)	1. 6. 1997
Niederösterreich	Niederösterreichische Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NGPV)	1. 7. 2003
	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)	1. 7. 2003
Oberösterreich	Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA)	1. 11. 1995
	Oberösterreichische Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP)	1. 1. 2001
Salzburg	ARGE Psychotherapie; organisatorischer Zusammenschluss von Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) und Salzburger Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (SGPV)	1. 7. 2004 1. 11. 2005 (Neuregelung)
Steiermark	Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark	1. 12. 2003
	Verein für ambulante psychologische Psychotherapie (VAPP)	1. 1. 2007
Tirol	Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols (P.V.T.)	1. 1. 1998
Wien	Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPV)	1. 1. 2001
	Verein für ambulante Psychotherapie (VAP)	1. 1. 2001

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine IHS-Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger (Riedel 2015) liefert einen Vergleich der Vereinsmodelle (inkl. Ambulatorien und anderen Organisationen, die kassenfinanzierte Psychotherapie anbieten) in Österreich in Hinblick auf die Parameter Zugang, Qualität des Angebots, Gerechtigkeit und Mengenindikatoren. Die Ergebnisse, die im Folgenden skizziert werden, machen die Diversität der Regelungen in Österreich deutlich.

Zugang (vgl. Riedel 2015)

In Österreich ist der Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie uneinheitlich gelöst: über zentrale Anlaufstellen, dezentrale Anlaufstellen oder über die Psychotherapeutin / den Psychotherapeuten direkt (dezentraler Zugang). An welchen Stellen wichtige Weichenstellungen für den Zugang zu kassenfinanzierter Psychotherapie erfolgen, variiert von Bundesland zu Bundesland. Dies betrifft die Fragen,

- » durch welche Stelle der *Erstkontakt veranlasst* wird (z. B. durch Ärztinnen/Ärzte, Beratungsstellen, elektronische oder schriftliche Medien, Krankenkassen, Krankenhäuser)
- » an welcher Stelle der *Erstkontakt stattfindet* (z. B. bei einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten des Vereins oder über eine Clearingstelle),
- » an welcher Stelle die *Feststellung* erfolgt, ob eine *krankheitswertige Störung* vorliegt („Assessment“) (z. B. bei einer Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten des Vereins oder im Verein) und
- » an welcher Stelle die *Priorisierung* über die Vergabe von Sachleistungsplätzen erfolgt (z. B. durch den KV-Träger oder eine Begutachtungskommission der Gesellschaft) und nach welchen Kriterien (z. B. nach diagnostischen Aspekten, therapeutischen Aspekten, ökonomischen Aspekten, Krankheitsschwere, sozialer Bedürftigkeit).

Auch die *Modalitäten im Bewilligungsverfahren* (Art und Umfang der Erstbewilligung und Bewilligung von Verlängerungen) unterscheiden sich von Bundesland zu Bundesland.

Bzgl. der *Wahl der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten und der Therapieform* besteht für die Patientinnen und Patienten prinzipiell Wahlfreiheit, allerdings erfordert eine echte „freie Wahl“ ausreichend Informationen über alternative Angebote. Die Informationsangebote variieren jedoch in den einzelnen Bundesländern (v. a. ob über Art der Angebote und individuelle Psychotherapie beraten wird und ob Informationen über freie Kapazitäten vermittelt werden).

Qualität des Angebots (vgl. Riedel 2015)

Die *geforderte Erfahrung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten* in der Behandlung von Kranken variiert zwischen den Bundesländern hinsichtlich Art und Umfang (z. B. ein Jahr Krankenhaustätigkeit mit 10 Stunden vs. mit 40 Stunden pro Woche).

Erfordernisse bzgl. Weiterbildung und Supervision, die über die berufsrechtlichen Erfordernisse hinausgehen, und *bzgl. Evaluation der Leistungen* bestehen in Österreich nicht oder nur vereinzelt.

Leistungsumfang

Der Leistungsumfang der Versorgungsvereine reichte im Jahr 2014 von rund 10.500 Einheiten⁸ im Verein für ambulante psychologische Psychotherapie (Steiermark) bis zu ca. 136.000 des WGPV. Der Leistungsumfang orientiert sich bei keinem Modell an der Nachfrage, sondern ist gedeckelt; das heißt, ein bestimmtes Jahreskontingent an Einheiten bzw. ein bestimmtes Budget sind vorgegeben.

Ausgewogener Zugang (vgl. Riedel 2015)

Ein zeitlich im Jahresverlauf ausgewogener Zugang ist je nach Bundesland in unterschiedlichem Ausmaß gegeben. Manche Bundesländer sorgen etwa durch Monatskontingente dafür, dass die Kapazitäten über den Jahresverlauf kontinuierlich verteilt sind.

Geographisch sind die Wartezeiten für Patienten/Patientinnen ebenfalls von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich: Sie reichen von drei Wochen bis zu vier Monaten, allerdings ist die Vergleichbarkeit der Wartezeiten aufgrund der unterschiedlich gestalteten Modelle nur eingeschränkt möglich.

8

Einheit Einzeltherapie = 50 bis 60 Minuten; Einheit Gruppen-, Familien-, Paartherapie = 90 Minuten

2.3 Psychotherapie im Rahmen von Institutionen

Rund 70 Institutionen haben Verträge mit einem oder mehreren Versicherungsträgern abgeschlossen und sind somit in der Lage, ihren Patientinnen und Patienten kostenlos Psychotherapie anzubieten. In der Regel haben die Institutionen zumindest einen Vertrag mit der Gebietskrankenkasse jenes Bundeslandes, in dem sie angesiedelt sind.

Die psychotherapeutischen Behandlungen in diesen Einrichtungen werden entweder direkt durch die Krankenversicherung finanziert oder, wie es in Vorarlberg der Fall ist, indirekt über Zuwendungen der Krankenversicherung an das Land, das Leistungsverträge mit den Einrichtungen unterhält. Neben der in den Einrichtungen erbrachten psychotherapeutischen Behandlung werden auch andere psychosoziale Leistungen finanziert.

Die Finanzierungsform ist je nach Institution unterschiedlich. Es gibt drei Formen, und zwar

- » die Abgeltung der geleisteten Stunden,
- » die Finanzierung von Pauschalen pro Fall und Quartal und
- » die Finanzierung von Jahrespauschalen.

Bei der überwiegenden Anzahl der Einrichtungen erfolgt die Finanzierung psychotherapeutischer Behandlungen auf Basis der geleisteten Stunden. In geringerem Umfang werden Pauschalen pro Fall und Quartal finanziert.

Leistungsumfang

Im Gegensatz zu den Versorgungsvereinen gibt es bei den Institutionen in der Regel keine Kontingentierung des Leistungsumfanges. Eine indirekte Kontingentierung besteht bei jenen Institutionen, die mit einer Jahrespauschale finanziert werden.

Der Leistungsumfang der Institutionen ist sehr unterschiedlich und variierte beispielsweise im Jahr 2014 zwischen etwa 70 und 20.000 Therapie-Einheiten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass darin zum Teil auch andere als „psychotherapeutische Leistungen“ inkludiert sein können. Dies trifft etwa auf Einrichtungen zu, die auf Kinder und Jugendliche ausgerichtet sind und neben psychotherapeutischer Behandlung auch Leistungen wie klinisch-psychologische Diagnostik, Logopädie und Ergotherapie erbringen. Eine genaue Differenzierung nach Art der erbrachten Leistungen ist in diesen Institutionen teilweise nicht möglich, das heißt, dass auf Basis der Angaben über den Leistungsumfang das tatsächlich erbrachte Angebot an psychotherapeutischer Behandlung als Sachleistung nicht exakt darstellbar ist. Eine Beschreibung und Analyse des quantitativen Angebotes – differenziert nach Bundesländern – bietet Kapitel 3.

2.4 Kostenzuschüsse zur Psychotherapie

Bundesweit einheitlich geregelt sind die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in freier Praxis. Voraussetzungen für die Inanspruchnahme sind:

- » Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ist in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen;
- » eine psychische Erkrankung liegt vor;
- » vor der zweiten Behandlungsstunde wird die ärztliche Untersuchung schriftlich nachgewiesen.

Die Bewilligung des Zuschusses hat vor der fünften Behandlung zu erfolgen, sie wird für eine bestimmte Anzahl an Stunden in einem bestimmten Zeitraum erteilt. Der Kostenzuschuss beträgt 21,80 Euro pro Einzelsitzung (eine Stunde)⁹. Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss 7,27 Euro¹⁰ pro Person.

Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, die Zuschüsse sind seit 1992 nur von wenigen Kassen erhöht worden und decken mittlerweile in der Regel nur mehr rund ein Viertel der tatsächlichen Therapiekosten.

2.5 Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“

Psychotherapie im Sinne des Psychotherapiegesetzes wird durch Personen erbracht, die in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen sind. Davon zu unterscheiden sind Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte, die diese im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit erbringen und mit den Krankenversicherungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ abrechnen können. Alle Versicherungsträger finanzieren diese Leistungen, wobei sie eine oder mehrere der folgenden Qualifikationen bei den Ärztinnen und Ärzten voraussetzen:

- » Absolvierung des Diploms für psychotherapeutische Medizin der ÖÄK (PSY-III-Diplom)
- » Facharztausbildung im Fach Psychiatrie/(Neurologie)
- » Abschluss einer Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz

Welche dieser Qualifikationen für die Abrechnung der Leistungen unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ akzeptiert werden, ist je nach Versicherungsträger unterschiedlich.

9

Der Kostenzuschuss der BVA wurde per 1. 11. 2014 auf 40 Euro erhöht (2015 bzw. 2016 erfolgten auch Erhöhungen bei VAEB bzw. SVB).

10

Der Kostenzuschuss der BVA wurde per 1. 11. 2014 auf 13,34 Euro erhöht.

2.6 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen

In Oberösterreich, der Steiermark und Wien treten die Gebietskrankenkassen auch als Anbieter von Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen auf. In den Berichten der GÖG der vergangenen Jahre zeigte sich, dass die durchschnittliche Therapiedauer dort (speziell bei der OÖGKK) sehr kurz war. Das ist ein Hinweis darauf, dass in diesen Einrichtungen – insbesondere in Oberösterreich – eher psychotherapeutische Diagnostik und Abklärung im Sinne von „Clearingstellen“ stattfindet und in weiterer Folge gezielte Zuweisungen zu anderen Behandlern/Behandlerinnen vorgenommen werden.

3 Angebot und Inanspruchnahme kassenfinanzierter Psychotherapie

3.1 Ziele und Fragestellungen

Zentrale Voraussetzung für die Bewertung der unterschiedlichen Modelle von Psychotherapie als Sachleistung der Krankenkassen ist – neben dem Umfang und der Organisation des Angebotes – die Kenntnis ihrer Versorgungswirksamkeit, das heißt, wie viele und welche Personen¹¹ mit Bedarf an Psychotherapie eine kostenlose Behandlung bzw. einen Kostenzuschuss in Anspruch nehmen können.

Im Einzelnen sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- » Wie viele durch die Krankenversicherungen teil- oder vollfinanzierte Psychotherapie-Einheiten wurden im Jahr 2014 erbracht? Wie teilen sie sich auf die Bereiche Psychotherapie durch Vereine und Institutionen, Kostenzuschüsse zu Psychotherapie bei niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten, ärztliche psychotherapeutische Leistungen und Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen auf?
- » Wie viele Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2014 in den einzelnen Bereichen behandelt? Wie stellt sich die Inanspruchnahme für Österreich gesamt und für die Bundesländer dar?
- » Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbrachten von Krankenkassen (teil-)finanzierte Psychotherapie in welcher regionalen Verteilung auf die Bundesländer?
- » Welche Veränderungen hinsichtlich Angebot und Inanspruchnahme zeigen sich für die letzten Jahre?

3.2 Gesamtüberblick

Die Beantwortung der genannten Fragen bzw. eine Gesamtbewertung der Versorgungslage ist sehr schwierig, da die Datenlage in den einzelnen Bereichen unterschiedlich vollständig und teilweise schwer vergleichbar ist. Im Folgenden werden die Versorgungslage bzw. die Problematik ihrer Darstellbarkeit für die einzelnen Bereiche gesondert beschrieben.

11

Da die Diagnosen derzeit nicht einheitlich erfasst werden, ist diese Frage allerdings nicht zu beantworten.

3.3 Durch Versorgungsvereine und Institutionen erbrachte Leistungen

Psychotherapie durch Versorgungsvereine wird oft über Pauschalregelungen finanziert, die Anzahl der erbrachten Therapie-Einheiten konnte daher der Gesundheit Österreich von manchen Versicherungsträgern nicht zur Verfügung gestellt werden. Ein spezielles Problem stellt die Frage nach der Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten dar: Nicht alle Kassen konnten die Zahl der behandelten Personen nennen, auch manche Versorgungsvereine konnten diese Zahl nicht zur Verfügung stellen.

Tabelle 3.1 zeigt einen Überblick über die im Jahr 2014 vorhandenen Angebote und deren Inanspruchnahme in den Versorgungsvereinen. In Kärnten und Vorarlberg existieren derartige Vereine nicht. In Kärnten wird das Angebot über Institutionen bereitgestellt. In Vorarlberg leistet die VGKK einen bestimmten Betrag für kassenfinanzierte Psychotherapie an das Land¹². Andere Institutionen schließen Verträge mit dem Land Vorarlberg ab, die Anzahl der Psychotherapie-Einheiten kann im Gegensatz zu den Ausgaben (siehe dazu Abschnitt 4.3) nicht genau beziffert werden.

Tabelle 3.1:
Anzahl der Versorgungsvereine, Anzahl beteiligter Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie erbrachte Psychotherapie-Einheiten 2014 und deren Veränderungen seit 2009

Bundesland	Anzahl VV	Anzahl PT 2014	Veränderung Anzahl PT seit 2009	Erbrachte PT-Einheiten 2014	Veränderung Einheiten seit 2009 absolut	Veränderung Einheiten seit 2009 in %
Burgenland	1	47	3	10.800	951	10 %
Niederösterreich	2	287	104	66.700*	-4.732	-7 %
Oberösterreich	2	346	66	98.694	34.925	55 %
Salzburg	1	360	96	77.418	26.142	51 %
Steiermark	2	269	44	57.940	9.750	20 %
Tirol	1	394	45	74.898	33.228	80 %
Wien	2	677	-45	203.861	-4.697	-2 %
Österreich gesamt	11	2.380	313	590.311	95.567	19 %

* Daten teilw. aus Daten der NÖGKK
 VV = Versorgungsvereine
 PT = Psychotherapeutinnen und -therapeuten
 PT-Einheiten = Psychotherapie-Einheiten

Quelle: GÖG – Befragung der Versorgungsvereine; Darstellung: GÖG/ÖBIG

¹²

In Vorarlberg wird die psychotherapeutische Versorgung seit April 2014 über das Institut für Sozialdienste (IFS) organisiert, das selbst über angestellte Psychotherapeutinnen und -therapeuten verfügt, aber auch mit niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten Verträge abgeschlossen hat. Anders als bei den Versorgungsvereinen besteht beim IFS ein Vertrag mit dem Land.

Insgesamt standen in Österreich im Jahr 2014 im Rahmen von Versorgungsvereinen 2.380 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten¹³ für die Erbringung kassenfinanzierter Psychotherapie zur Verfügung (15 % mehr als 2009), das entspricht einem Anteil von etwas mehr als einem Viertel der derzeit berufsberechtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Verteilung des Stundenkontingents auf ihre Mitglieder obliegt den Versorgungsvereinen.

Insgesamt leisteten die an einem Versorgungsverein beteiligten Psychotherapeutinnen/-therapeuten im Jahr 2014 rund 590.000 Psychotherapie-Einheiten, das sind ca. 96.000 mehr als 2009. Von der Gesamtzahl entfällt der überwiegende Teil auf Einzelstunden. Gruppen- und Familienstherapie machen zusammen einen Anteil von rund vier Prozent aus. Gruppentherapie wird in Relation zur gesamten Inanspruchnahme im Bundesland am häufigsten im Burgenland eingesetzt (17 % aller Einheiten), in nennenswertem Umfang weiters in Niederösterreich, Oberösterreich und Wien. Familientherapie wurde im Jahr 2014 überhaupt nur in Salzburg erbracht bzw. abgerechnet (siehe Tabelle 3.2).

Angebot und Inanspruchnahme in Relation zur Bevölkerung variieren beträchtlich. Spitzenreiter sind Salzburg, Wien und Tirol in Bezug auf Einzeltherapie, Burgenland, Oberösterreich und Wien in Bezug auf Gruppentherapie (Tabelle 3.2). Die durchschnittliche Jahresauslastung der einzelnen Psychotherapeutinnen und -therapeuten ist in Niederösterreich am höchsten.

Zumindest 27.031 Patientinnen und Patienten nahmen im Jahr 2014 von Versorgungsvereinen angebotene Psychotherapie als Sachleistung in Anspruch, die tatsächliche Zahl liegt jedoch darüber, da vom Verein für ambulante Psychotherapie (Wien und NÖ), vom Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit und vom Verein für ambulante psychologische Psychotherapie keine Patientenzahlen vorliegen. Rein rechnerisch ergibt sich ein Durchschnitt von 16,1 Einheiten im Jahr 2014 pro Patient/in, wobei diese Zahl bei den einzelnen Vereinen sehr unterschiedlich ausfällt und zwischen 11 und 21 Einheiten variiert. Die tatsächliche Anzahl an in Anspruch genommenen Psychotherapie-Einheiten pro Person kann anhand der vorliegenden Daten nicht beziffert werden, da unbekannt ist, wie hoch der Anteil jener Patientinnen und Patienten ist, die zwar eine Psychotherapie beginnen, aber nach wenigen Stunden wieder abbrechen.

13

Im Jahr 2009 erbrachten 2.067 Psychotherapeutinnen/-therapeuten kassenfinanzierte Leistungen in Versorgungsvereinen.

Tabelle 3.2:

Anzahl der Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Versorgungsvereinen sowie erbrachte Psychotherapie-Einheiten (absolut, bezogen auf 10.000 EW und pro Psychotherapeut/in) im Jahr 2014

Bundesländer	Anzahl Psychotherapeutinnen/-therapeuten		Anzahl Psychotherapie-Einheiten					
	absolut	pro 10.000 EW	absolut				pro 10.000 EW	
			Einzeltherapie	Gruppentherapie	Familientherapie	Gesamt	Einzeltherapie	Gruppentherapie
Burgenland	47	1,63	9.000	1.800	—	10.800	313	63
Niederösterreich ¹	287	1,76	61.000	5.700	—	66.700	374	35
Oberösterreich	346	2,42	91.219	7.475	0	98.694	637	52
Salzburg	360	6,71	77.242	20	157	77.418	1.440	0
Steiermark	269	2,21	57.820	120		57.940	475	1
Tirol	394	5,44	74.400	498 ²		74.898	1.026	7
Wien	677	3,80	195.328	8.533	—	203.861	1.097	48
Österreich gesamt	2.380	3,13	566.009	24.146	233³	590.311	822	35

¹ Daten teilw. durch Angaben der NÖGKK ergänzt

² nur für Kinder und Jugendliche

³ teilw. nicht erfasst

EW = Einwohner/innen

Quelle: GÖG – Befragung der Versorgungsvereine; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei einem Teil der Verträge zwischen den Krankenkassen und den Versorgungsvereinen ist die regionale Verteilung explizit geregelt. Insgesamt ist gewährleistet, dass in allen österreichischen Bezirken Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten tätig sind, die Psychotherapie als Sachleistung anbieten können (siehe Tabelle A1 bis A7 im Anhang). Die Anzahl der Stunden pro Psychotherapeut/in ist limitiert. Die verfügbaren Kapazitäten in den einzelnen Bezirken sind nicht bekannt. Riedel (Riedel 2015) zeigt aber, dass sie die vorhandene Nachfrage nicht immer gedeckt werden kann.

Für die Darstellung der Inanspruchnahme nach Kassen werden wegen der besseren Übersicht Versorgungsvereine und Institutionen gemeinsam betrachtet. Auch hier ist einschränkend anzumerken, dass aufgrund der teilweise über Pauschalen organisierten Finanzierung von manchen Versicherungsträgern keine Daten zur Anzahl der erbrachten Einheiten bzw. der behandelten Personen vorliegen.

Tabelle 3.3:

Im Jahr 2014 erbrachte Psychotherapie-Einheiten und behandelte Personen in Versorgungsvereinen und Institutionen

Träger	Einheiten	behandelte Personen
BGKK	15.853	1.612*
KGKK ¹	24.191	4.869
NÖGKK ²	98.162	9.250*
OÖGKK	104.408	8.848
SGKK	75.139	4.546
STGKK	90.097	7.572
TGKK	k. A.	2.810
VGKK	k. A.	k. A.
WGKK	153.249	10.784
VAEB	6.639	435*
BVA	66.059	5.294*
SVA ³	k. A.	3.500
SVB	5.058	515
Summen	638.855	60.035

¹ in den Zahlen sind nicht alle Vereine enthalten die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und die pauschal finanziert werden – die tatsächlichen Werte sind also höher

² beinhaltet auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien

³ Hochrechnung der Patientenzahl: 7 % der GKKs (Basis f. Pauschalverträge)

* Daten unvollständig

Quelle: HVSVT; Berechnung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt wurden durch die Versorgungsvereine und Institutionen zumindest 60.035 Personen behandelt (Tabelle 3.3), aufgrund der mangelhaften Datenlage im Jahr 2009 kann an dieser Stelle keine Aussage über die Entwicklung gemacht werden.

3.4 Bezuschusste Leistungen durch niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten

Im Jahr 2014 wurden rund 651.000 Einheiten Psychotherapie von der sozialen Krankenversicherung bezuschusst (Tabelle 3.4). Es handelt sich dabei größtenteils um Einzeltherapien mit 50- oder 60-minütigen Einheiten, nur ein relativ kleiner Anteil von 1,9 Prozent entfällt auf Familien- bzw. Gruppentherapie; Einzeltherapie-Einheiten von 30 Minuten Dauer spielen in der Bezuschussung praktisch keine Rolle. Insgesamt erhielten mindestens 55.850 Patientinnen und Patienten durch bezuschusste Behandlungen, die tatsächlich Zahl liegt etwas darüber, da von der SVA keine Patientenzahl gemeldet wurde.

Tabelle 3.4:
Bezuschusste Psychotherapie-Einheiten im Jahr 2014 und Veränderung seit 2009 (in Prozent)

Träger	Einheiten 2014	Veränderung seit 2009 in %
BGKK	9.759	0,0
KGKK	28.150	9,1
NÖGKK	86.826	18,3
OÖGKK	62.774	31,7
SGKK	29.230	-8,6
STGKK	50792	10,4
TGKK	44.510	28,2
VGKK ¹	16.660	
WGKK	187.205	16,7
VAEB	7.204	16,1
BVA	80.623	11,8
SVA	41.000	13,4
SVB	5.948	21,6
Gesamt	650.681	18,5

¹ im Jahr 2009 keine Daten zu bezuschussten Therapie-Einheiten

Quelle: HVSVT; Berechnung: GÖG/ÖBIG

3.5 Durch Ärztinnen und Ärzte erbrachte Leistungen

Unter bestimmten Voraussetzungen (siehe dazu Abschnitt 2.5) können Ärztinnen und Ärzte psychotherapeutische Leistungen mit den Sozialversicherungsträgern abrechnen. Für die von Vertragsärztinnen und -ärzten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen konnten die meisten Versicherungsträger die Anzahl der abgerechneten Einheiten zur Verfügung stellen, allerdings sind die Einheiten aufgrund der unterschiedlichen Honorarordnungen der einzelnen Träger kaum vergleichbar.

Die BGKK rechnet z. B. auch in zehnminütigen Einheiten ab, wobei pro Tag und Patient/in maximal drei dieser zehnminütigen Einheiten verrechnet werden dürfen. Andere Kassen rechnen in 20-, 25-, 30-, 50- oder 60- Minuten-Einheiten ab (siehe Tabelle 3.5). Um die Einheiten vergleichen zu können, müssten alle Werte auf eine bestimmte Dauer (z. B. auf 30 oder 60 Minuten) umgerechnet werden; es würde sich dabei aber um eine fiktive Größe handeln, da es keine einzige Dauer gibt, die tatsächlich in allen Honorarordnungen vorkommt. Eine aussagekräftige Gegenüberstellung der erbrachten Einheiten ist daher nicht möglich.

Tabelle 3.5:
Abrechenbare Dauer von Einzeltherapie-Einheiten laut Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger

Dauer	B GKK	K GKK	NÖ GKK	OÖ GKK	S GKK	ST GKK	T GKK	V GKK	W GKK	VAE B	BVA	SVA
Einzeltherapie 10 Minuten	X ¹	X ²										
Einzeltherapie 20 Minuten			X									
Einzeltherapie 25 Minuten						X					X	X
Einzeltherapie 30 Minuten		X		X	X		X	X	X			
Einzeltherapie 50 Minuten	X					X				X	X	X
Einzeltherapie 60 Minuten		X		X	X		X	X	X			

¹ max. 3 Einheiten pro Fall und Tag verrechenbar

² 15 Minuten

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei den von Wahlärztinnen bzw. -ärzten erbrachten psychotherapeutischen Leistungen besteht dieselbe Problematik, darüber hinaus liegen von mehreren Trägern keine Daten zur Anzahl der erbrachten Therapie-Einheiten vor. Eine aussagekräftige Darstellung ist daher auch hier nicht möglich.

Wie viele Vertragsärztinnen und -ärzte überhaupt Leistungen abrechnen (dürfen), variiert sehr stark von Kasse zu Kasse und ist nicht zuletzt von den unterschiedlich ausgestalteten Honorarordnungen abhängig. Bei den Gebietskrankenkassen lag die entsprechende Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte zwischen 8 (TGKK) und 49 (NÖGKK).

Bei den Trägern, von denen Daten geliefert werden konnten, fällt Folgendes auf: Wenn es laut Honorarordnung Positionen mit unterschiedlicher Dauer gibt (z. B. 30 oder 60 Minuten), wird von Vertragsärztinnen und -ärzten häufiger die kürzere Dauer gewählt und von Wahlärztinnen/-ärzten die längere Dauer. Dieses Ergebnis war bereits in der letzten Erhebung der Gesundheit Österreich (Eggerth et al. 2010a) beobachtbar.

Insgesamt nahmen im Jahr 2014 rund 117.000 Personen ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch. Diese Zahl ist jedoch nur als grober Richtwert zu sehen, da einerseits nicht von allen Kassen die Patientenzahlen genannt werden und andererseits einige Kassen Mehrfachzahlungen¹⁴ nicht ausschließen konnten. Als Orientierung kann der Bericht „Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007“ (Eggerth et al. 2010b) dienen, aus dem beispielsweise hervorgeht, dass rund 85 Prozent aller BGKK-Patientinnen/Patienten, die im Jahr 2007 psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, dies bei Ärztinnen oder Ärzten taten.

Errechnet man die durchschnittliche Anzahl an Therapie-Einheiten pro Patient/in im Jahr 2014 bei jenen Kassen, bei denen Werte für Therapie-Einheiten und Patientenanzahl vorhanden sind, so fällt auf, dass bei Vertragsärztinnen bzw. -ärzten nur sehr wenige Einheiten pro Patient/in in Anspruch genommen werden – nämlich 1,7 bis 2,9. Bei Wahlärztinnen bzw. -ärzten werden durchschnittlich zwischen 3,7 und 11,7 Einheiten in Anspruch genommen. Ebenso zeigt sich für das Jahr 2007 (Eggerth et al. 2010b) am Beispiel der BGKK, dass Personen, die ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, dies durchschnittlich in nur sehr geringem Umfang taten, nämlich nur rund 80 Minuten im Jahr im Vergleich zu 10,4 Stunden im Bereich der Vereine und Institutionen oder 12 Stunden bei bezuschusster Psychotherapie.

Ein Vergleich der (zwar lückenhaften) Daten zur durchschnittlichen Anzahl der in Anspruch genommenen Therapie-Einheiten und der Anzahl der in Anspruch nehmen den Patientinnen und Patienten deutet darauf hin, dass es sich bei ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen und bei Psychotherapie durch niedergelassene Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten um unterschiedliche Angebote handeln dürfte. Es liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei den ärztlichen Leistungen häufig um Beratungs- oder Motivationsgespräche sowie Kurzinterventionen handelt. Die augenscheinlich deutlich höheren Patientenzahlen bei den Ärztinnen und Ärzten in Kombination mit den deutlich geringeren Therapie-Einheiten pro Patient/in sind ein starkes Indiz für diese Annahme. Eggerth et al. (2010b) konnten zeigen, dass bei der BGKK speziell die Altersgruppen ab 60 Jahren fast ausschließlich ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, allerdings in zeitlich geringem Umfang. Konkrete Aufschlüsse könnten hier nur weiterführende Studien bringen.

3.6 Durch kasseneigene Einrichtungen erbrachte Leistungen

Psychotherapeutische Ambulanzen betreiben die Gebietskrankenkassen in Oberösterreich, Steiermark und Wien. In diesen Einrichtungen wurden im Jahr 2014 rund 16.000 Psychotherapie-Einheiten geleistet und 3.700 Patientinnen und Patienten behandelt (siehe dazu Tabelle 3.6). Im Jahr 2007 waren es noch 5.500 Patientinnen bzw. Patienten und 2009 waren es 2.781 Patientinnen bzw. Patienten.

14

Mehrfachnennungen können entstehen, wenn eine Person in mehreren Quartalen eines laufenden Jahres ärztliche psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nimmt und die Kasse nicht zwischen Personen und Fällen differenziert auswerten kann.

Tabelle 3.6:

In kasseneigenen Einrichtungen im Jahr 2014 geleistete Psychotherapie-Einheiten und Anzahl behandelter Personen

Krankenkasse	Einheiten im Jahr 2014	Behandelte Personen	Durchschnittliche Anzahl an Einheiten pro Person
OÖGKK	3.624	1.444	2,5
STGKK	1.771	254	7,0
WGKK	10.981	2.002	5,5
Gesamt	16.376	3.700	4,4

Quelle: HVSVT, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung

Die durchschnittliche Anzahl an Psychotherapie-Einheiten pro Patient/in im Jahr 2014 fällt auch in kasseneigenen Einrichtungen deutlich geringer aus als jene im Rahmen von Versorgungsvereinen (durchschnittlich rund 16 Psychotherapie-Einheiten pro behandelte Person in Versorgungsvereinen). Dies ist ein Hinweis darauf, dass das psychotherapeutische Angebot in kasseneigenen Einrichtungen nicht vergleichbar ist mit anderen Angebotsformen. Denkbar ist, dass in diesen Einrichtungen – insbesondere in Oberösterreich – eher psychotherapeutische Diagnostik und Abklärung im Sinne von „Clearingstellen“ betrieben wird und in weiterer Folge gezielte Zuweisungen zu anderen Behandlern/Behandlerinnen vorgenommen werden.

4 Ausgaben für Psychotherapie

4.1 Zielsetzung und Fragestellungen

Im Folgenden werden die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie im Jahr 2014 und die Ausgabenentwicklung seit 2009 dargestellt, wobei analog zur vorangegangenen Berichtsperiode (2009) zwischen Ausgaben für Sachleistungen und Ausgaben für Kostenzuschüsse unterschieden wird. Die Ausgaben für Sachleistungen umfassen kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen, Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ und Leistungen in kasseneigenen Einrichtungen der WGKK, der OÖGKK und der STGKK. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse beziehen sich auf Ausgaben für Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Im Einzelnen sind folgende Fragestellungen von Interesse:

- » Wie hoch sind die Gesamtausgaben der Versicherungsträger für Psychotherapie und wie haben sich die Ausgaben in den letzten Jahren entwickelt?
- » Wie hoch waren die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen, für Kostenzuschüsse, für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ und für Psychotherapie in eigenen Einrichtungen im Jahr 2014 und wie haben sich diese in den letzten Jahren entwickelt?

Die Ausgaben wurden vom HVSVT mittels schriftlicher Befragung der Krankenversicherungsträger erhoben und der GÖG zur Verfügung gestellt.

4.2 Gesamtüberblick

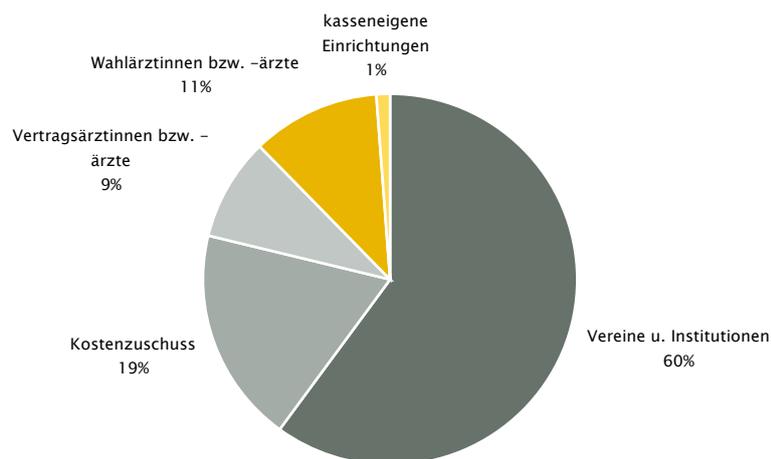
Im Jahr 2014 haben die Krankenversicherungsträger insgesamt zumindest rund 76,4 Mio. Euro für Psychotherapie ausgegeben. Die tatsächliche Summe der Ausgaben ist jedoch etwas höher, da folgende Daten nicht zur Verfügung standen und daher in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden:

- » Ausgaben der SVA und SVB für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der BGKK und TGKK für Leistungen durch Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der KGKK für einige pauschalfinanzierte Vereine, die neben anderen Leistungen auch Psychotherapie anbieten
- » Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten und Ausgaben der Betriebskrankenkassen für Psychotherapie

Im Vergleich zu 2009 sind die Gesamtausgaben der Versicherungsträger für psychotherapeutische Leistungen zumindest um rund 28 Prozent gestiegen und liegen damit deutlich über der Inflationsrate (rund 12 %¹⁵) in diesem Zeitraum.

Mit 45,9 Mio. Euro (60 %) entfällt der größte Anteil der Ausgaben auf die von Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachte Psychotherapie. Von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten wurden unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ rund 15 Mio. Euro bzw. 20 Prozent aller psychotherapeutischen Leistungen abgerechnet. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse bei niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten beliefen sich auf rund 14 Mio. Euro bzw. 19 Prozent der Ausgaben. Die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen betrugen rund 901.002 Euro bzw. ein Prozent (vgl. Abbildung 4.1 und Tabelle 4.1). Der tatsächliche Prozentsatz der Ausgaben für ärztliche psychotherapeutische Leistungen ist höher, da von einzelnen Krankenversicherungsträgern keine Daten zu diesen Leistungen geliefert werden konnten.

Abbildung 4.1:
Verteilung der im Jahr 2014 geleisteten SV-Ausgaben für Psychotherapie auf die unterschiedlichen Angebotsformen



* keine Daten von BGKK und TGKK enthalten

** keine Daten von SVA und SVB enthalten

Quelle: HVSVT; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

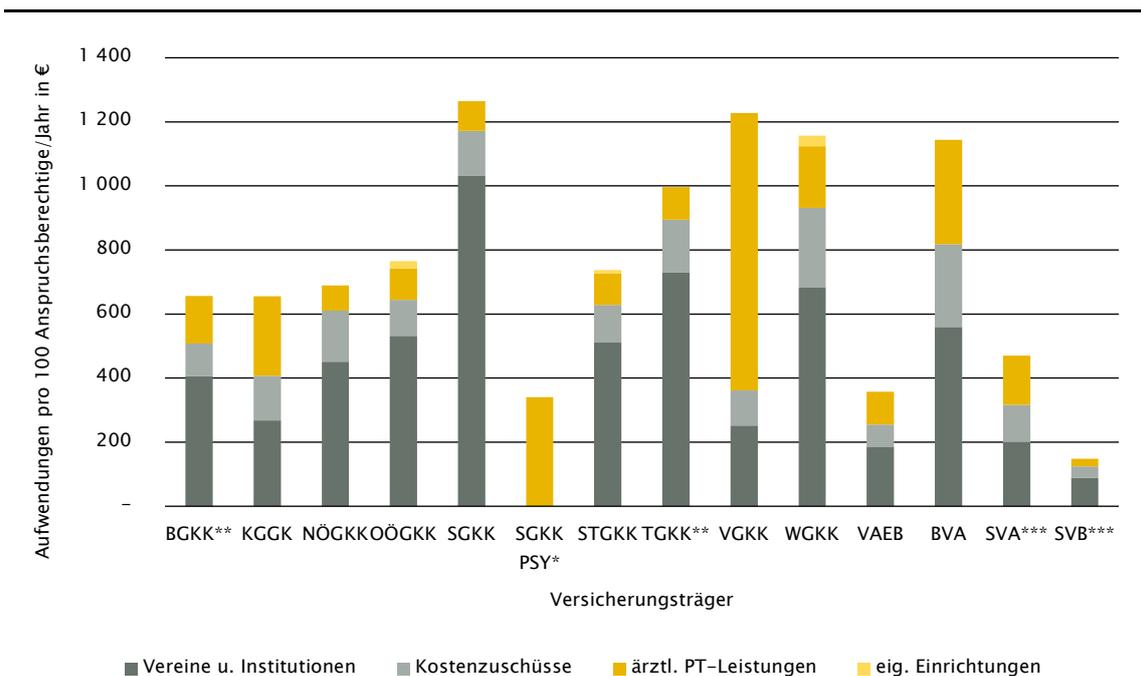
15

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

Die einzelnen Versicherungsträger setzen unterschiedliche Schwerpunkte in der Versorgung (siehe Abbildung 4.2). Besonders auffällig ist die Schwerpunktsetzung der VGKK im Bereich der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen. Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass die Darstellung durch das Fehlen der Daten von BGKK und TGKK zu den von Wahlärztinnen/-ärzten erbrachten Leistungen verzerrt wird. Darüber hinaus fehlen Daten der SVA und SVB zu ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen bei Vertragsärzten. Für die SGKK sind in Abbildung 4.2 die Ausgaben für die psychiatrischen Positionen „psychiatrische Intervention bzw. psychiatrische Gruppentherapie“ extra ausgewiesen, da diese nach Ansicht der SGKK auch als psychotherapeutische Leistungen verstanden werden könnten.

Auch die Ausgaben pro 100 anspruchsberechtigte Personen variieren bei den einzelnen Versicherungsträgern sehr stark: Vergleicht man nur die Gebietskrankenkassen, liegen die Ausgaben zwischen 656 Euro pro 100 anspruchsberechtigte Personen und Jahr bei der KGKK und BGKK und 1.264 Euro bei der SGKK (siehe Tabelle 4.1).

Abbildung 4.2:
Verteilung der Ausgaben auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen pro 100 Anspruchsberechtigte im Jahr 2014 (in Euro)



* Psychiatrische Positionen: Intervention bzw. Gruppentherapie
 ** keine Daten zu Wahlärzten/-ärztinnen enthalten
 *** keine Daten Vertragsärzten/-ärztinnen enthalten

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 4.1:

Aufwendungen der Krankenversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2014, pro Angebotsform und gesamt (in Euro)

Träger	Psychotherapie durch Vereine und Institutionen	Kostenzuschüsse	ärztliche psychotherapeutische Leistungen			Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen ⁸	Aufwendungen 2014 gesamt	Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte
			Aufwendungen Wahlärzte	Aufwendungen Vertragsärzte*	Aufwendungen Ärzte gesamt			
BGKK	838.587	208.638	—	306.075	306.075	0	1.353.300	656,4
KGKK	1.149.796 ¹	600.932	304.730	760.831	1.065.561	0	2.816.289	655,8
NÖGKK	5.328.634 ²	1.879.237	90.685	836.076	926.761	0	8.134.632	689,5
OÖGKK	6.400.392	1.360.030	584.896	591.413	1.176.309	265.274	9.202.005	764,7
SGKK	4.666.041 ³	634.471	302.049	118.734	420.783	0	5.721.295	1.264,3
STGKK	4.771.854	1.097.452	633.103	276.662	909.766	103.374	6.882.445	736,9
TGKK	4.190.214 ⁴	951.029	—	584.022	584.022	0	5.725.265	996,1
VGKK	795.918	348.148	690.325	2.049.304	2.739.629	0	3.883.695	1227,7
WGKK	11.021.638 ⁵	4.025.324	2.527.247	574.158	3.101.405	532.355 ⁹	18.680.722	1157,2
VAEB	421.765 ^{6,7}	156.443	131.052	101.787	232.839	0	811.048	357,3
BVA	4.417.315 ⁶	2.041.745	1.953.401	613.770	2.567.171	0	9.026.231	1.143,6
SVA	1.529.620 ⁶	893.390	1.170.266	—	1.170.266	0	3.593.276	470,0
SVB	325.242 ⁶	128.090	88.948	—	88.948	0	542.280	148,2
Summe	45.587.016	14.324.928	8.476.703	6.812.832	15.289.536	901.002	76.372.482	843,2

¹ nicht alle Institutionen enthalten die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und die pauschal finanziert werden² Betrag beinhaltet auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien³ aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung werden davon vom Land Salzburg € 875.452,- getragen⁴ Betrag setzt sich zusammen aus: Deckelsumme Vereine (Erwachsene und Kinder/Jugendliche), Begutachtungen, Beratung⁵ ohne Aufwendungen für Wr. Sozialdienste (Quartalspauschale, anteilmäßige Berechnung für Psychotherapieaufwand nicht möglich)⁶ Betrag inkludiert *auch* anteilige Pauschalzahlung an das Land Vorarlberg und die Zahlung an die ARGE Psychotherapie (SGKK)⁷ inkl. Aufwendungen aufgrund eigener Verrechnungsvereinbarungen mit Landesverbänden für Psychotherapie⁸ Eigene Einrichtungen werden lediglich von der OÖGKK, der STGKK und der WGKK betrieben.⁹ Hochrechnung der GÖG in Absprache mit WGKK (Kooperation der WGKK mit SFU inkludiert)

* OÖGKK, SGKK, VAEB, BVA, SVA: inklusive Aufwendungen für die Leistung "Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten Psychotherapie"

— keine Daten verfügbar

Quelle: HVSVT; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.3 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen

Die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für voll kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen betragen im Jahr 2014 insgesamt rund 45,7 Mio. Euro und sind von 2009 auf 2014 um 37 Prozent gestiegen. Die höchsten prozentuellen Steigerungen in diesem Zeitraum weisen die VAEB (+359 %) und die VGKK (+88,7 %) auf (siehe Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2:

Aufwendungen der Sozialversicherungen für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine und Institutionen im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009

Versicherungsträger	Aufwendungen 2014	Veränderungen seit 2009 in %
BGKK	838.587	54,2
KGKK ¹	1.149.796	52,5
NÖGKK ²	5.328.634	34,8
OÖGKK	6.400.392	78,3
SGKK ³	4.666.041	62,9
STGKK	4.771.854	29,3
TGKK ⁴	4.190.214	49,8
VGKK	795.918	88,7
WGKK ⁵	11.021.638	0,4
VAEB ^{6,7}	421.765	359,0
BVA ⁶	4.417.315	64,5
SVA ⁶	1.529.620	87,0
SVB ⁶	325.242	16,1
Gesamt	45.587.016	37,0

¹ nicht alle Institutionen enthalten die (auch) psychotherapeutische Leistungen anbieten und die pauschal finanziert werden

² Betrag beinhaltet auch Zweitbegutachtungen, Diagnostikstunden und Stütztherapien

³ aufgrund einer entsprechenden Vereinbarung werden davon vom Land Salzburg € 875.452,- getragen

⁴ Betrag setzt sich zusammen aus: Deckelsumme Vereine (Erwachsene und Kinder/Jugendliche), Begutachtungen, Beratung

⁵ ohne Aufwendungen für Wr. Sozialdienste (Quartalspauschale, anteilmäßige Berechnung für PT-Aufwand nicht möglich)

⁶ Betrag inkludiert *auch* anteilige Pauschalzahlung an das Land Vorarlberg und die Zahlung an die ARGE PT (SGKK)

⁷ inkl. Aufwendungen aufgrund eigener Verrechnungsvereinbarungen mit Landesverbänden für Psychotherapie

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.4 Kostenzuschüsse

Die Zuschüsse zu einer Psychotherapie in freier Praxis sind bundesweit einheitlich geregelt. Um einen Zuschuss in Anspruch nehmen zu können, müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- » Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut ist in die Psychotherapeutenliste des BMSGPK eingetragen.
- » Eine psychische Erkrankung liegt vor.
- » Die ärztliche Untersuchung wird vor der zweiten Behandlungsstunde nachgewiesen.

Die weiteren Voraussetzungen für die Bewilligung des Zuschusses sowie die Modalitäten bezüglich der Anzahl der bewilligten Psychotherapiestunden sind in den Bundesländern bzw. je nach Kasse unterschiedlich geregelt. Der Kostenzuschuss beträgt (mit Ausnahme jenes der BVA) einheitlich 21,80 Euro pro Einzelsitzung (eine Stunde). Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss 7,27 Euro pro Person. Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, der Zuschuss wurde bei den meisten Kassen seit dem Jahr 1992 nicht erhöht¹⁶.

Im Jahr 2014 wurden von den Krankenversicherungen insgesamt rund 14 Mio. Euro als Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung aufgewendet. Verglichen mit dem Jahr 2009 sind bei den meisten Versicherungsträgern Steigerungen zu verzeichnen, insgesamt beträgt die Steigerung rund 17 Prozent. Die größten Steigerungen gibt es bei der SVB mit 48,5 Prozent. Bei der SGKK sind die Kostenzuschüsse im Vergleich zum Jahr 2007 um 27,9 Prozent gesunken. (siehe Tabelle 4.3).

16

Die BVA erhöhte mit 1. 11. 2014 die Zuschüsse pro Einzelsitzung auf 40 Euro und für Gruppensitzungen auf 13,34 Euro (2015 bzw. 2016 erfolgten auch Erhöhungen bei VAEB und SVB).

Tabelle 4.3:

Kostenzuschüsse der Krankenversicherungen für Psychotherapie im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009

Versicherungsträger	Aufwendungen 2014	Veränderungen seit 2009 in %
BGKK	208.638	2,2
KGKK	600.932	9,1
NÖGKK	1.879.237	18,5
OÖGKK	1.360.030	31,8
SGKK	634.471	-27,9
STGKK	1.097.452	10,3
TGKK	951.029	27,0
VGKK	348.148	16,3
WGKK	4.025.324	16,4
VAEB	156.443	16,5
BVA	2.041.745	32,2
SVA	893.390	17,1
SVB	128.090	48,5
Gesamt	14.324.928	16,6

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.5 Psychotherapeutische Leistungen durch Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2014 betragen die Aufwendungen der Krankenversicherungen für ärztliche psychotherapeutische Leistungen insgesamt rund 15 Mio. Euro. Die tatsächlichen Aufwendungen der Versicherungsträger sind höher, da die Angaben der SVA und SVB für Vertragsärzte gänzlich fehlen und von der BGKK und der TGKK die Aufwendungen für Wahlärzte in der Summe nicht enthalten sind. Die gesamten Aufwendungen der Krankenversicherungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ sind von 2009 bis 2014 um 9,3 Prozent gestiegen¹⁷ (siehe Tabelle 4.4).

17

Für die Berechnung wurden nur jene Kassen herangezogen, von denen aus beiden Jahren vollständige Daten vorlagen.

Tabelle 4.4:

Ausgaben der Krankenversicherungen für Leistungen durch Vertragsärztinnen/-ärzte und Wahlärztinnen/-ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ im Jahr 2014 (in Euro) sowie die prozentuelle Veränderung seit 2009

Versicherungsträger	Aufwendungen 2014*	Veränderungen seit 2009 in %
BGKK ¹	306.075	-43,4
KGKK	1.065.561	22,4
NÖGKK	926.761	37,8
OÖGKK	1.176.309	48,4
SGKK	420.783	-8,0
STGKK ²	909.766	256,8
TGKK ¹	584.022	427,4
VGKK	2.739.629	38,9
WGKK	3.101.405	3,8
VAEB	232.839	-24,5
BVA	2.567.171	-8,4
SVA	1.170.266	-16,2
SVB ^{2,3}	88.948	—
Gesamt	15.289.536	9,3⁴

¹ Daten zu Wahlärzten/-ärztinnen nicht enthalten

² Daten zu Wahlärzten/-ärztinnen 2009 nicht enthalten

³ Abrechnung der Vertragsärzte erfolgt über GKKS

⁴ Für die Berechnung des Gesamtwertes wurden nur jene Kassen herangezogen, von denen aus beiden Jahren vollständige Daten vorlagen.

* OÖGKK, SGKK, VAEB, BVA, SVA: inklusive Aufwendungen für die Leistung "Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten Psychotherapie"

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

4.6 Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen

Die Höhe der Aufwendungen der WGKK für kassenfinanzierte Psychotherapie in den eigenen Gesundheitszentren belief sich im Jahr 2014 auf 532.355 Euro¹⁸, jene der OÖGKK auf 265.274 Euro und jene der STGKK auf 103.374 Euro. In den Summen sind die Personal- und Sachkosten (z. B. Miete, Energiekosten) sowie die medizinischen Kosten, die Abschreibungen und die Umlagekosten enthalten. Insgesamt sind die Aufwendungen für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen von 2009 bis 2014 um 19 Prozent gestiegen.

18

Hochrechnung der GÖG in Rücksprache mit der WGKK (Kooperation mit der SFU inklusive)

5 Einschätzung der Versorgungslage und Empfehlungen

5.1 Aktuelle Versorgungs- und Finanzierungssituation

Wie viele Personen durch die einzelnen Psychotherapie-Angebote versorgt werden, ist anhand der Datenlage grob einschätzbar.

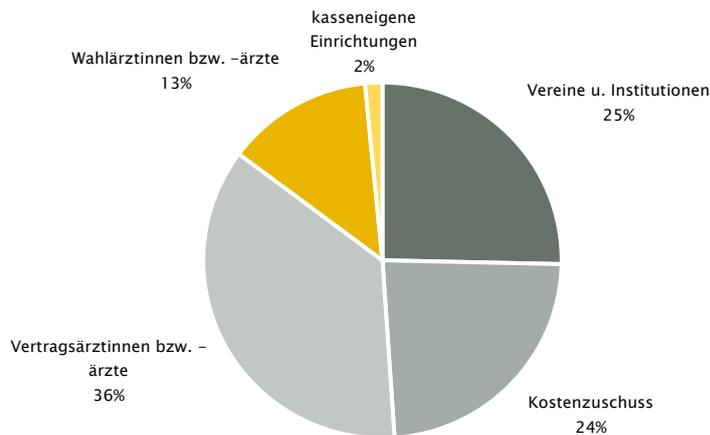
Über Versorgungsvereine und Institutionen werden rund 60.000, über bezuschusste Psychotherapie rund 56.000 und durch kasseneigene Einrichtungen rund 3.700 Personen erreicht. Mit ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen werden 117.000 Personen versorgt, wobei letztere Zahl nur als grober Richtwert dienen kann, da einerseits nicht von allen Kassen die Patientenzahlen genannt werden und andererseits einige Kassen Mehrfachzählungen nicht ausschließen konnten. Insgesamt wurden somit im Jahr 2014 rund 237.000 Personen (2,8 % der Gesamtbevölkerung) mit psychotherapeutischen Angeboten erreicht, allerdings nur rund ein Viertel dieser Personen durch Versorgungsvereine und Institutionen (Abbildung 5.1). Die weitaus größte Anzahl an Personen wird mit ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen erreicht.

Die durchschnittliche Anzahl der in Anspruch genommenen Therapie-Einheiten pro Patient/in bei den ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen variiert je nach Krankenversicherungsträger, ist aber insgesamt deutlich niedriger als bei den anderen Therapieformen¹⁹. Dies ist als Indiz dafür zu werten, dass sich dieses Angebot von der Psychotherapie bei Psychotherapeutinnen/-therapeuten unterscheidet und es sich hierbei oft eher um Kurzinterventionen oder Motivationsgespräche handeln dürfte. Zur genaueren Beschreibung dieses Angebotes wären vertiefende Studien sinnvoll.

19

Die Zahl kann durch mögliche Mehrfachzählung der Patientinnen bzw. Patienten beeinflusst sein

Abbildung 5.1:
 Prozentsatz der im Jahr 2014 behandelten Personen, nach Angebotsform



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Insgesamt wurden von den Krankenversicherungsträgern im Jahr 2014 mindestens rund 76,4 Mio. Euro für Psychotherapie als Sachleistung oder für Teilfinanzierungen von Psychotherapie ausgegeben²⁰. Im Vergleich zum Jahr 2009 entspricht das einem Zuwachs von rund 28 Prozent – die Inflationsrate lag im gleichen Zeitraum bei etwa 12 Prozent²¹. Von den Gesamtausgaben entfielen 60 Prozent auf durch Vereine und Institutionen erbrachte Psychotherapie, 20 Prozent auf Leistungen durch Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzte, 19 Prozent auf Kostenzuschüsse zur psychotherapeutischen Behandlung bei niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten und ein Prozent auf die Leistungen kasseneigener Einrichtungen.

Die Ausgaben für kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen sind seit 2009 um 37 Prozent angestiegen. Die Kostenzuschüsse zu Psychotherapien in freier Praxis sind seit 2009 um 16,6 Prozent gestiegen. Die Aufwendungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ sind – wenn man nur jene Kassen

20

Der tatsächliche Wert ist etwas höher denn folgende Daten standen nicht zur Verfügung und konnten daher in dieser Studie nicht berücksichtigt werden:

- » Ausgaben der SVA und SVB für Leistungen durch Vertragsärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der BGKK und TGKK für Leistungen durch Wahlärztinnen und -ärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“
- » Ausgaben der KGKK für einige pauschalfinanzierte Vereine die neben anderen Leistungen auch Psychotherapie anbieten
- » Ausgaben der Krankenfürsorgeanstalten und Ausgaben der Betriebskrankenkassen für Psychotherapie

21

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

vergleicht, von denen aus beiden Jahren vollständige Daten vorlagen, – um 9,3 Prozent gestiegen, wobei hier zwischen den einzelnen Kassen sehr große Unterschiede bestehen (siehe dazu Kapitel 4). Die Aufwendungen für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen sind um 19 Prozent gestiegen.

Die Ausgaben pro 100 Anspruchsberechtigte bewegen sich etwa zwischen 148 und 1.264 Euro pro Jahr, der Durchschnitt liegt bei rund 843 Euro, wobei die verschiedenen Versicherungsträger sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen (siehe Tabelle 5.1). Die meisten Gebietskrankenkassen geben mehr Geld für Psychotherapie bei Vereinen und Institutionen aus, nur die VGKK finanziert überwiegend ärztliche psychotherapeutische Leistungen. Insgesamt zeigt sich im Kassenvergleich ein sehr heterogenes Bild, sowohl hinsichtlich der Schwerpunktsetzung als auch hinsichtlich des Ausgabenvolumens.

Tabelle 5.1:
Verteilung der Ausgaben auf die unterschiedlichen Finanzierungsformen (in Prozent) und Ausgaben pro 100 Anspruchsberechtigte (in Euro)

Träger	Psychotherapie durch Vereine und Institutionen	Kostenzuschüsse	Ärztliche psychotherapeutische Leistungen	Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen	Aufwendungen pro 100 Anspruchsberechtigte (Euro)
BGKK ¹	62 %	15 %	23 %	0 %	656,4
KGKK	41 %	21 %	38 %	0 %	655,8
NÖGKK	66 %	23 %	11 %	0 %	689,5
OÖGKK	70 %	15 %	13 %	3 %	764,7
SGKK	82 %	11 %	7 %	0 %	1264,3
STGKK	69 %	16 %	13 %	2 %	736,9
TGKK ¹	73 %	17 %	10 %	0 %	996,1
VGKK	20 %	9 %	71 %	0 %	1227,7
WGKK	59 %	22 %	17 %	3 %	1157,2
VAEB	52 %	19 %	29 %	0 %	357,3
BVA	49 %	23 %	28 %	0 %	1143,6
SVA ²	43 %	25 %	33 %	0 %	470,0
SVB ²	60 %	24 %	16 %	0 %	148,2
Gesamt	60 %	19 %	20 %	1 %	843,2

¹ Aufwendungen für Wahlärzte/-ärztinnen nicht enthalten

² Aufwendungen für Vertrags- und Wahlärzte/-ärztinnen nicht enthalten

Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2 Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit

Im Folgenden wird die seit dem Jahr 2001 (Danzer et al. 2007; Eggerth et al. 2010a; Glatz/Schaffenberg 2002; Schaffenberg et al. 2004) in Österreich vollzogene Weiterentwicklung von Psychotherapie als Sachleistung bzw. als bezuschusste Leistung analysiert und in Hinblick auf die damit verbundenen Effekte auf die psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bewertet.

Folgende Liste fasst die Indikatoren für eine optimale psychotherapeutische Versorgung zusammen (nach Schaffenberg et al. 2004):

- » Das quantitative Angebot an psychotherapeutischer Behandlung entspricht dem Bedarf; das heißt, dass jede Person mit Bedarf an Psychotherapie auch Zugang zur Behandlung hat, dass die Dauer der Behandlung und der Stundenumfang dem jeweiligen Bedarf entsprechend gewährleistet werden und keine unangemessenen Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn bestehen.
- » Die Psychotherapeutin / der Psychotherapeut ist geografisch leicht erreichbar.
- » Die psychotherapeutische Behandlung entspricht den Qualitätsstandards.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich des Psychotherapeuten / der Psychotherapeutin.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich der Psychotherapiemethode.
- » Es besteht Wahlfreiheit bezüglich des Settings.

Die Einschätzung, inwieweit die bestehenden Angebotsformen diesen Anforderungen genügen, ist auf Grund der vorhandenen Daten nicht für alle angeführten Kriterien möglich. Die Bewertung erfolgt daher nach den Gesichtspunkten

- » quantitative Bedarfsgerechtigkeit,
- » Zugänglichkeit für alle Patientinnen und Patienten,
- » Flächendeckung und
- » Wahlfreiheit.

In Österreich kann auf Basis von Bedarfsstudien (Glatz/Schaffenberg 2002) von zumindest 170.000 psychotherapiebedürftigen und therapiemotivierten Personen (2,1 % der Bevölkerung) mit schweren psychischen Erkrankungen und Störungen ausgegangen werden. Dieser Wert basiert auf konservativen Schätzungen der Epidemiologie sowie der Rate für die Inanspruchnahme (therapiebedürftig und therapiemotiviert) und stellt damit die absolute Untergrenze des Bedarfs dar²².

22

Der seit den 1990 Jahren gestiegene Anteil der Invaliditätspensionen aufgrund psychischer Erkrankungen (OECD 2015) lässt vermuten, dass der Anteil der psychotherapiebedürftigen und therapiemotivierten Personen mittlerweile höher ist. Es wird daher angeraten, anhand der für 2018 erwarteten ersten österreichweiten epidemiologischen Studienergebnissen und unter Berücksichtigung der aktuellen Tätigkeits- und Kompetenzprofile der psychosozialen Berufsgruppen zu überprüfen, ob die Werte dieser Bedarfsschätzung korrigiert werden müssen.

Insgesamt wurden im Jahr 2014 zwar rund 237.000²³ Personen mit psychotherapeutischen Angeboten erreicht, rund die Hälfte davon jedoch durch sogenannte ärztliche psychotherapeutische Leistungen, die in Dauer und Umfang nicht mit einer „klassischen“ Psychotherapie vergleichbar sind. D. h., es werden zwar viele Personen durch dieses Angebot erreicht, im Schnitt werden jedoch nur zwei bis drei Sitzungen in Anspruch genommen. Daher ist davon auszugehen, dass ärztliche psychotherapeutische Leistungen oft eine andere Funktion erfüllen, z. B. die eines Clearinggesprächs bzw. einer kurzen therapeutischen Aussprache. Insgesamt sprechen die Zahlen dafür, dass nach wie vor eine Unterversorgung mit „klassischer“ Psychotherapie in Österreich besteht.

Der Zugang zu Information über kassenfinanzierte, nicht ärztliche Psychotherapie ist seit der letzten Erhebung im Jahr 2009 ausgebaut worden: Auf dem überregionalen Internetportal für Hilfesuchende www.psyonline.at gibt es nun auch eine Suchfunktion für freie Kassenplätze. Diese ermöglicht u. a. eine Suche nach Gruppen-Psychotherapie auf Krankenschein (volle Kostenübernahme), Psychotherapie auf Krankenschein (volle Kostenübernahme) und auch nach kostenloser psychotherapeutischer Betreuung für Menschen ohne Versicherung. Dabei werden jeweils Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit freien Plätzen, mit Wartelisten auf freie Plätze und ohne freie Plätze angezeigt. Wie vollständig bzw. tagesaktuell diese Angaben sind, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht überprüft. Damit bleibt es nun (zumindest theoretisch) nicht mehr den Hilfesuchenden überlassen, sich bei den Vereinen „durchzutelefonieren“, was bislang besonders für schwer erkrankte Personen häufig eine große bis unüberwindbare Hürde darstellte. Allerdings sind auch für die Nutzung des Internetportals gewisse Voraussetzungen wie Internetzugang und Gesundheitskompetenz inklusive entsprechender Motivation notwendig.

Die bei der in den meisten Bundesländern übliche Priorisierung des Angebots von kassenfinanzierter Psychotherapie für schwer erkrankte Personen (Riedel 2015) spricht dafür, dass die gesundheitspolitische Zielsetzung einer möglichst früh einsetzenden Behandlung, um eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sowie eine Chronifizierung zu verhindern, nicht erreicht wird.

Viele Patientinnen bzw. Patienten weichen zu Therapeutinnen oder Therapeuten aus, die keinen voll kassenfinanzierten Platz anbieten können. In diesem Fall können die Versicherungsträger einen Kostenzuschuss gewähren. Voraussetzung für das Gewähren eines Kostenzuschusses zur Psychotherapie bei niedergelassenen Therapeutinnen bzw. Therapeuten ist das Vorliegen einer krankheitswertigen Störung. Der Kostenzuschuss wurde bei den meisten Kassen seit Jahren nicht erhöht²⁴, deckt rund ein Viertel der Therapiekosten und wird überdies nicht ab der ersten Sitzung gewährt.

23

Dieser Wert ist als Richtwert zu verstehen, da einerseits nicht von allen Kassen die Patientenzahlen genannt werden konnten und andererseits im Bereich der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen einige Kassen Mehrfachzahlungen nicht ausschließen konnten.

24

mit Ausnahme der BVA (und später auch VAEB und SVB)

Zum Bereich der durch Klientinnen und Klienten frei finanzierten Psychotherapie wurden keine Daten erhoben, da der Fokus der Studie auf der kassenfinanzierten Psychotherapie lag.

Die Anforderung an die geografische Erreichbarkeit ist weitgehend erfüllt, in den meisten österreichischen Bezirken sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig (Sagerschnig 2015), die Psychotherapie als Sachleistung zumindest in eingeschränktem Ausmaß anbieten können.

Das vorhandene Angebot stellt eine Basisversorgung sicher, dennoch scheint in allen Bundesländern weiterer Versorgungsbedarf gegeben. Hinweise dafür sind einerseits die Kontingentierung und andererseits die Wartezeiten. Laut Riedel (2015) sind Wartezeiten für Patientinnen und Patienten von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich und reichen von drei Wochen bis zu vier Monaten, wobei darauf verwiesen wird, dass die Wartezeiten wegen der heterogenen Modelle vorsichtig zu interpretieren sind. Die Forderung nach Wahlfreiheit in Bezug auf Therapeut/in und Setting ist derzeit schwer zu erfüllen: Verzichtet eine Patientin bzw. ein Patient auf die Wahlfreiheit oder hat das Glück, mit der ersten freien Therapeutin bzw. dem ersten freien Therapeuten ein gutes Vertrauensverhältnis aufbauen zu können, kann die Wartezeit recht kurz sein, andernfalls kann es auch zu extrem langen Wartezeiten kommen.

5.3 Empfehlungen

Die vorliegende Datenanalyse und die Entwicklung der letzten Jahre legen folgende Empfehlungen nahe:

- » Trotz deutlich verbesserter Versorgungslage kann die Nachfrage nach „klassischer“ Psychotherapie als Sachleistung aufgrund der Kontingentierung des Angebots nach wie vor nicht befriedigt werden. Um ausreichend Therapie-Einheiten für Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen zu können, sollte daher die Kontingentierung aufgehoben und das Angebot auf den Bedarf abgestimmt werden. Der Zugang könnte über Clearingstellen oder ähnlich wie bei „Alkohol. Leben können“²⁵ über regionale Kompetenzzentren gesteuert werden. Darüber hinaus wird die Durchführung von Studien zur Abklärung des aktuellen Psychotherapiebedarfes anhand neuester epidemiologischer Daten und unter Berücksichtigung der aktuellen Tätigkeits- bzw. Kompetenzprofile der psychosozialen Berufsgruppen empfohlen.
- » Solange das Angebot an Psychotherapie durch Einschränkung und Kontingentierung geprägt ist, fehlt Patientinnen und Patienten die Wahlmöglichkeit. Damit einhergehend entfällt die Nachfrageorientierung, die maßgeblich zur Sicherung der Qualität beiträgt. Auch dies spricht für die Aufhebung der Kontingentierung.
- » Häufig werden von Patientinnen bzw. Patienten im Rahmen ärztlicher psychotherapeutischer Leistungen nur wenige und kurze Einheiten in Anspruch genommen. Jedenfalls werden durch diese Angebotsform mehr Personen erreicht als durch alle anderen Angebotsformen

25

<https://sdw.wien/de/behandlung-und-betreuung-2/rkomz/alkohol-2020/> (abgerufen am 20. 12. 2017)

zusammen. Um über Struktur und Inhalte der ärztlichen psychotherapeutischen Leistungen mehr in Erfahrung zu bringen, wären vertiefende Studien wichtig.

- » Auch wenn der bis dato gescheiterte Gesamtvertrag (letzte Verhandlungen im Jahr 2000) per se noch keine Lösung aller Versorgungsprobleme darstellen würde, so könnte er einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungslage leisten.
- » Das Versorgungsangebot mit Psychotherapie besteht aus sehr verschiedenartig ausgestalteten Modellen, sowohl hinsichtlich der Voraussetzungen zur Inanspruchnahme als auch hinsichtlich der Dotierung der einzelnen Angebote. Darüber hinaus variieren die von den jeweiligen SV-Trägern zur Finanzierung von „psychotherapeutischen Leistungen“ zur Verfügung gestellten Summen beträchtlich.
Die Zugangsmöglichkeiten sind daher für Teile der Bevölkerung eingeschränkt, sie sollten vereinheitlicht werden, um die im ASVG festgelegte Gleichstellung von psychotherapeutischer und ärztlicher Versorgung sicherzustellen.
- » Trotz verbesserter Datenlage erscheint es für die Bedarfsabschätzung und Angebotsplanung wichtig, wesentliche Basisinformationen zur Struktur der Inanspruchnahme zu erheben (Anzahl der Patientinnen und Patienten, erbrachte Therapie-Einheiten, Therapiedauer). Eine Möglichkeit wäre der von Riedel (2015) geforderte „Katalog einheitlicher Datendefinitionen und -abgrenzungen, die einzuhalten und jährlich zu berichten sind“.
- ⇒ Gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung von Psychotherapie
- » Unter Berücksichtigung all der genannten Faktoren erscheint es – auch im Sinne des Prinzips der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit – sinnvoll mit allen Akteuren einen neuen Anlauf zu einer bundesweiten Weiterentwicklung der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie zu unternehmen und eine gesamthafte Lösung zu Organisation, Qualitätssicherung und Finanzierung von Psychotherapie zu erarbeiten.

6 Psychopharmaka

6.1 Datengrundlage und Limitationen

Das folgende Kapitel widmet sich der Entwicklung der Psychopharmaka-Verschreibungen seit dem Jahr 2006. Im Kapitel wird nicht die Behandlung mit Psychopharmaka jener mit Psychotherapie gegenübergestellt. Beide Behandlungsmethoden können unterschiedlichen Indikationen folgen, wie auch die Kombination beider Ansätze häufig sinnvoll ist.

Die vorliegenden Daten wurden vom HVSVT zur Verfügung gestellt. Die Beschreibung der Ergebnisse folgt jener aus dem Bericht „Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka 2007“ (Eggerth et al. 2010b). Quelle der Datenauswertung ist die *Maschinelle Heilmittelabrechnung* des HVSVT. Die Daten umfassen die auf Kosten der sozialen Krankenversicherung im extramuralen Bereich (außerhalb der Krankenhäuser) abgegebenen Verordnungen, Spitalsbehandlungen sind daher nicht enthalten. Arzneyspezialitäten mit einem Kassenverkaufspreis unter der jeweiligen Rezeptgebühr sind nur dann eingerechnet, wenn die betroffene Person gebührenbefreit war. Auch die Kostenerstattung geht nicht in die vorliegenden Daten ein.

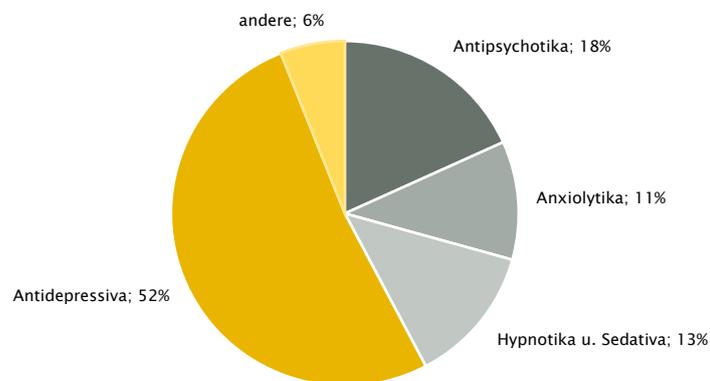
Da in der Gruppe der Anxiolytika zahlreiche und in der Gruppe der Hypnotika und Sedativa fast alle Arzneimittel kostenmäßig unter der Rezeptgebühr liegen, geben die hier vorgestellten Zahlen bei diesen Medikamentengruppe den tatsächlichen Verbrauch nicht adäquat wieder, auch bei anderen Psychopharmaka-Gruppen liegt die tatsächliche Zahl der Verschreibungen über den hier dargestellten Zahlen. Aus dem gleichen Grund sind auch Schwankungen in den Verordnungszahlen über die Jahre mit Vorsicht zu interpretieren. Auch die Markteinführung von Generika bzw. Änderungen in den Verpackungsgrößen können die Daten verzerren. Trotz dieser Einschränkungen und der Tatsache, dass die hinter diesen Zahlen stehende Anzahl an Patienten und Patientinnen nicht abgebildet ist, liefern die Zahlen zumindest einen guten Überblick über die Entwicklung der Psychopharmaka-Kosten für die Krankenversicherungen.

6.2 Verschreibungen von Psychopharmaka im Zeitverlauf

6.2.1 Gesamtentwicklung

Im Jahr 2014 wurden vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger insgesamt 12.331.338 Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert. 52 Prozent davon waren Antidepressiva, 18 Prozent Antipsychotika, gefolgt von 13 Prozent Hypnotika und Sedativa sowie 11 Prozent Anxiolytika. Die Gruppen „Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika“, „Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination“ und „Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen“ (ATC-Codes: N06B, N06C, N07B) machten zusammen sechs Prozent aus (Abbildung 6.1).

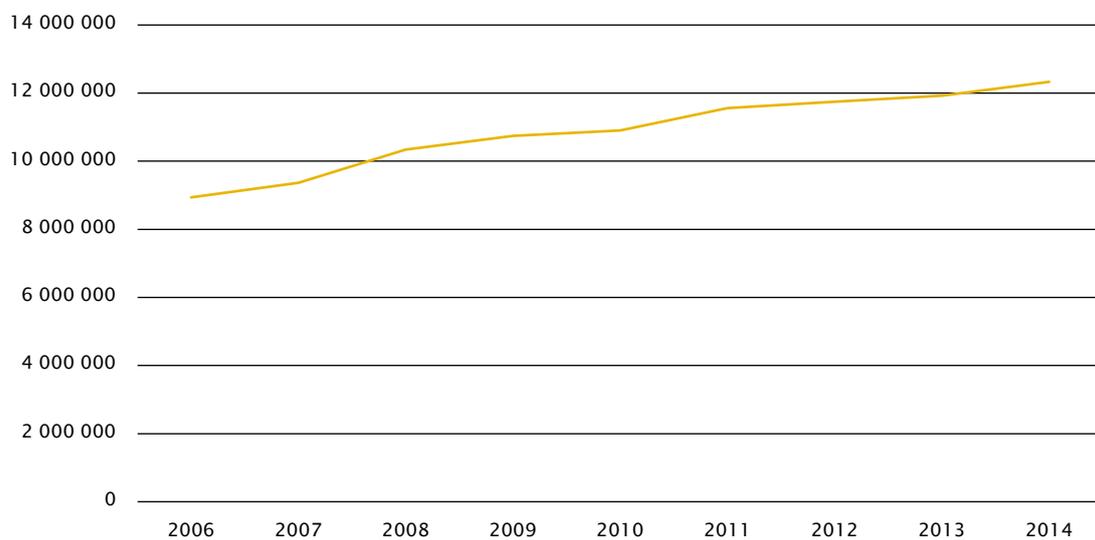
Abbildung 6.1:
Verordnungen von Psychopharmaka im Jahr 2014 (n = 12.331.338)



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Betrachtet man die Entwicklung der absoluten Anzahl an Verordnungen, so ist seit dem Jahr 2006 ein Anstieg von insgesamt rund 38 Prozent zu beobachten, die jährlichen Zuwächse lagen dabei zwischen einem und zehn Prozent (Abbildung 6.2). Der Zuwachs seit dem letzten Bericht mit dem Jahr 2009 als Datenbasis (Eggerth et al. 2010a) betrug 15 Prozent.

Abbildung 6.2:
Entwicklung der Psychopharmaka-Verordnungen in den Jahren 2006–2014



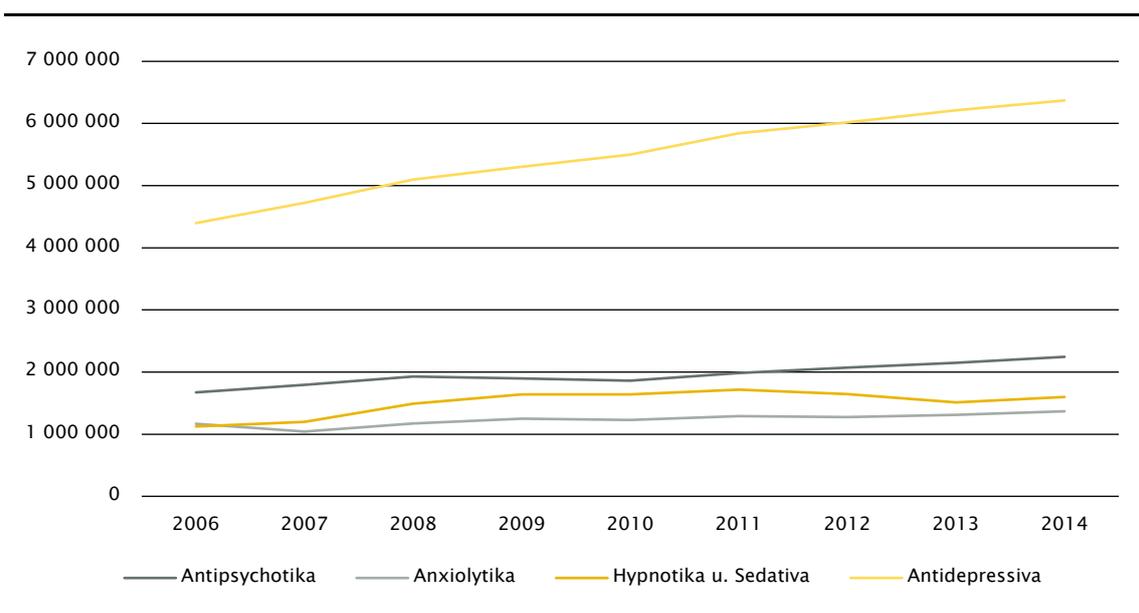
Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.2 Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa

Abbildung 6.3 zeigt die Entwicklung der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika sowie von Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf. In allen Gruppen zeigen sich Anstiege über die Jahre, wobei speziell für die Gruppen der Anxiolytika sowie der Hypnotika und Sedativa auf die in Kapitel 6.1 erwähnten Einschränkungen hinzuweisen ist, da durch den teilweise geringen Preis²⁶ dieser Präparate mit stärkeren Verzerrungen zu rechnen ist. Die Gruppe der Antidepressiva ist die verschreibungsstärkste Gruppe aller Psychopharmaka und die Zahl der Verordnungen wächst stetig an. Dies lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf eine etwaige „Volkskrankheit Depression“ zu, da Antidepressiva auch bei zahlreichen anderen Indikationen eine Rolle spielen. Während laut Psychiatriebericht 2004 (Katschnig et al. 2004) von Mitte der 1990er Jahre bis zur Jahrtausendwende noch teilweise zweistellige jährliche Zuwachsraten zu verzeichnen waren, liegen diese Raten seit 2006 zwischen 8 und 2,5 Prozent.

Abbildung 6.3:

Entwicklung der Verordnungen von Antipsychotika, Antidepressiva, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa im Zeitverlauf 2006–2014



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

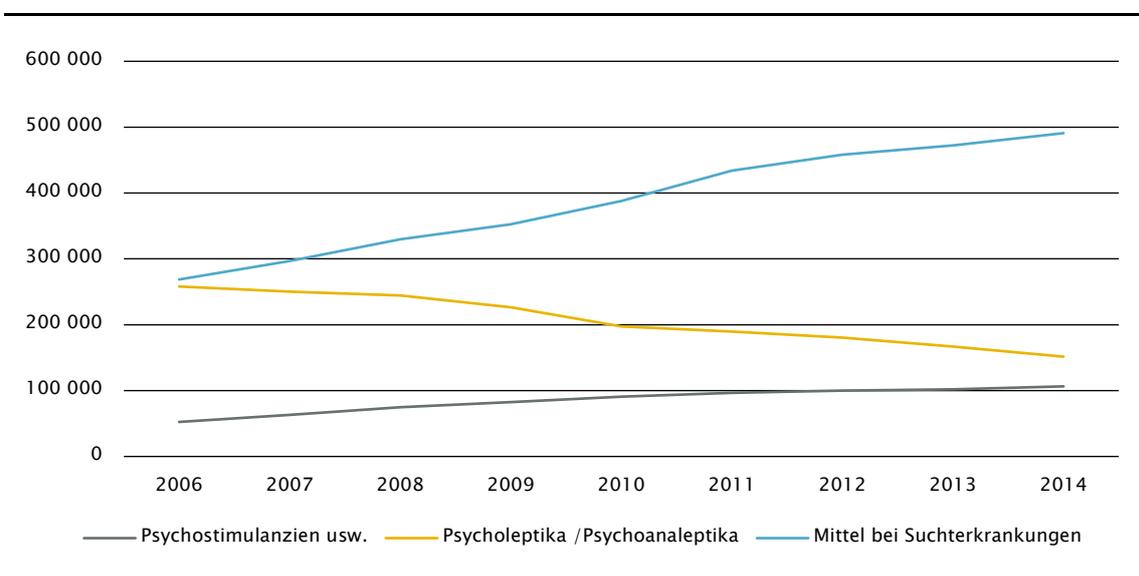
26

In der *Maschinellen Heilmittelabrechnung* scheinen ausschließlich Verordnungen von jenen Medikamenten auf, deren Preis über der Rezeptgebühr liegt. Eine Ausnahme stellen die Verordnungen an Personen mit Rezeptgebührenbefreiung dar, hier liegen unabhängig vom Preis sämtliche Verordnungen vor.

6.2.3 Andere Psychopharmaka

Die Gruppen „Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika“, „Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination“ und „Mittel zur Behandlung von Suchterkrankungen“ machen zusammen rund 6 Prozent der Verschreibungen im Jahr 2014 aus. Abbildung 6.4 zeigt die Entwicklung der Verordnungen im Zeitverlauf. Der Anstieg bei den „Mitteln zur Behandlung von Suchterkrankungen“ ist durch die steigende Zahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (Busch et al. 2013) zu erklären und nicht durch eine Zunahme an Suchterkrankungen.

Abbildung 6.4:
Entwicklung der Verordnungen der übrigen Psychopharmaka in den Jahren 2006–2014



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

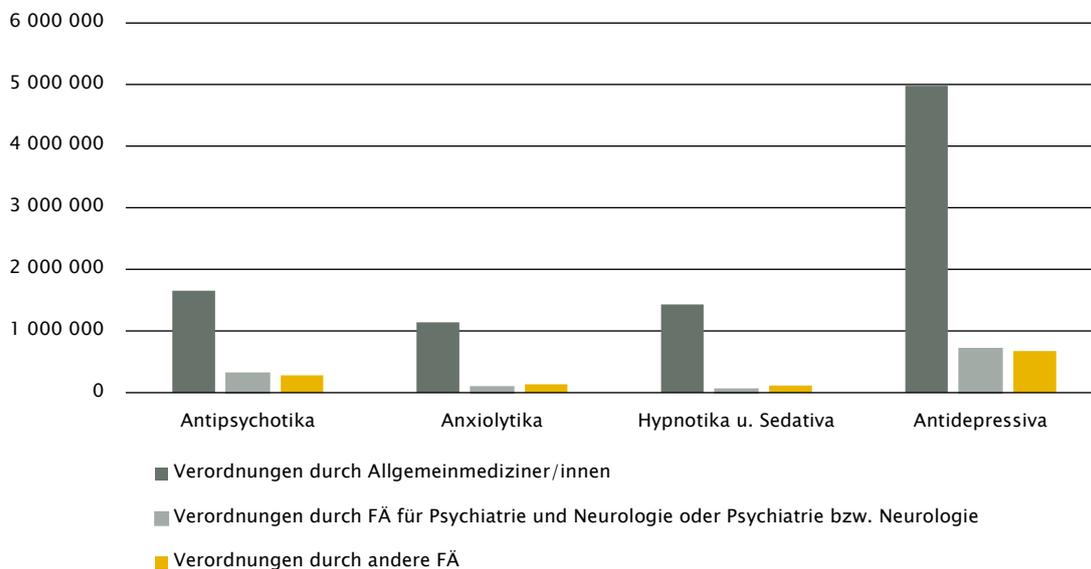
6.2.4 Verordnungen von Psychopharmaka nach Ärztgruppen

Die meisten Psychopharmaka werden von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben; 74 Prozent der Antipsychotika, 78 Prozent der Antidepressiva, 83 Prozent der Anxiolytika und 89 Prozent der Hypnotika und Sedativa. Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und/oder Neurologie verschreiben zwischen 3 Prozent (Hypnotika und Sedativa) und 14 Prozent (Antipsychotika) der Psychopharmaka (Abbildung 6.5).

Anhand der Daten ist nicht zu erkennen, ob es sich bei den Verordnungen durch Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin um Erst- oder Folgeverordnungen nach einer Erstverordnung durch eine Fachärztin / einen Facharzt handelt. Die Zahlen zeigen jedenfalls, dass Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Versorgung von psychisch kranken Menschen spielen.

Abbildung 6.5:

Verordnungen von Antipsychotika, Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa und Antidepressiva nach Ärztgruppen im Jahr 2014



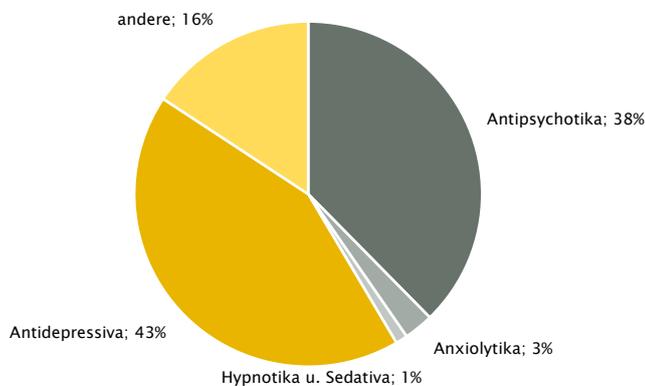
Quelle: HVSVT, Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.2.5 Kosten

Im Jahr 2014 haben die Krankenversicherungsträger insgesamt rund 256 Mio. Euro für Psychopharmaka aufgewendet. Den höchsten Kostenanteil bedingt die verordnungsstärkste Gruppe nämlich die Antidepressiva mit 43 Prozent. Die Gruppe der Antipsychotika trägt im Vergleich zur Verordnungszahl (16 %) überproportional viel zu den Kosten bei. Die Gruppe der Hypnotika und Sedativa sowie die Gruppe der Anxiolytika, die zusammen 24 Prozent der Verordnungen ausmachen, verursachen hingegen nur 4 Prozent der Kosten (Abbildung 6.6 und Abbildung 6.7).

Abbildung 6.6:

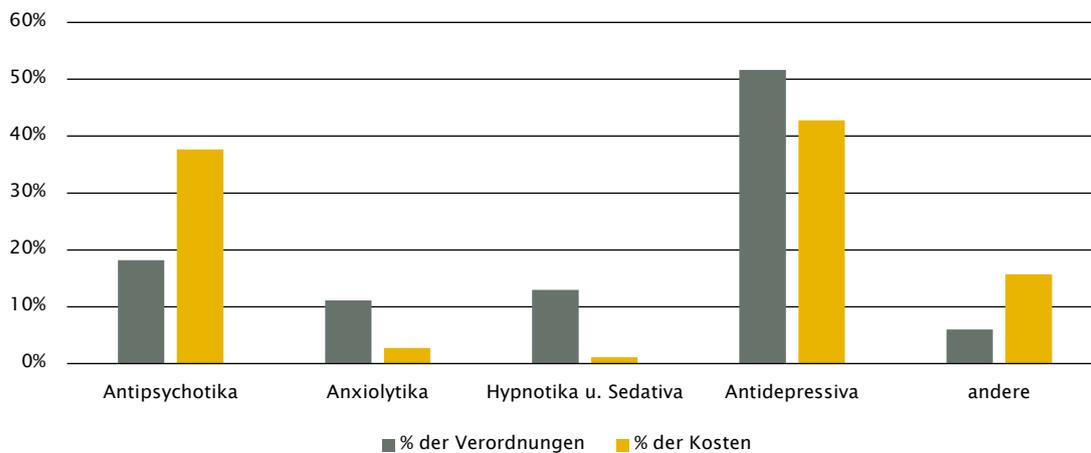
Kosten der verordneten Psychopharmaka 2014 (100 % = 256 Mio. Euro) in Prozent



Quelle: HVSVT, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 6.7:

Verschreibungs- und Kostenanteile einzelner Psychopharmakagruppen im Jahr 2014 in Prozent



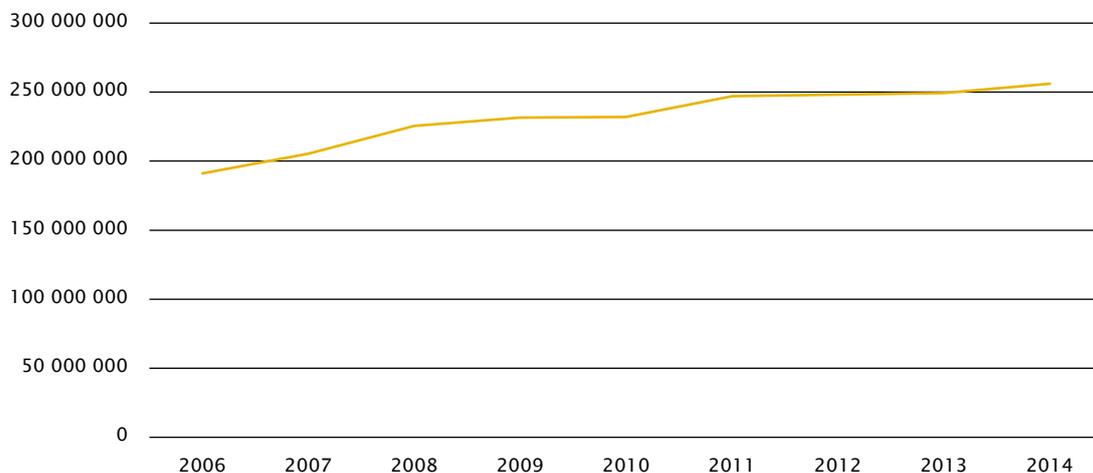
Quelle: HVSVT, Darstellung: GÖG/ÖBIG

Seit dem Jahr 2006 sind die Ausgaben für Psychopharmaka um rund 34 Prozent gestiegen (Abbildung 6.8), wobei die jährlichen Zuwachsraten zwischen zehn und 0,3 Prozent lagen. Der Zuwachs seit dem letzten Bericht (Eggerth et al. 2010a) mit dem Jahr 2009 als Datenbasis, betrug 11 Prozent und lag damit leicht unter der Inflationsrate von rund 12 Prozent²⁷ im entsprechenden Zeitraum.

27

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

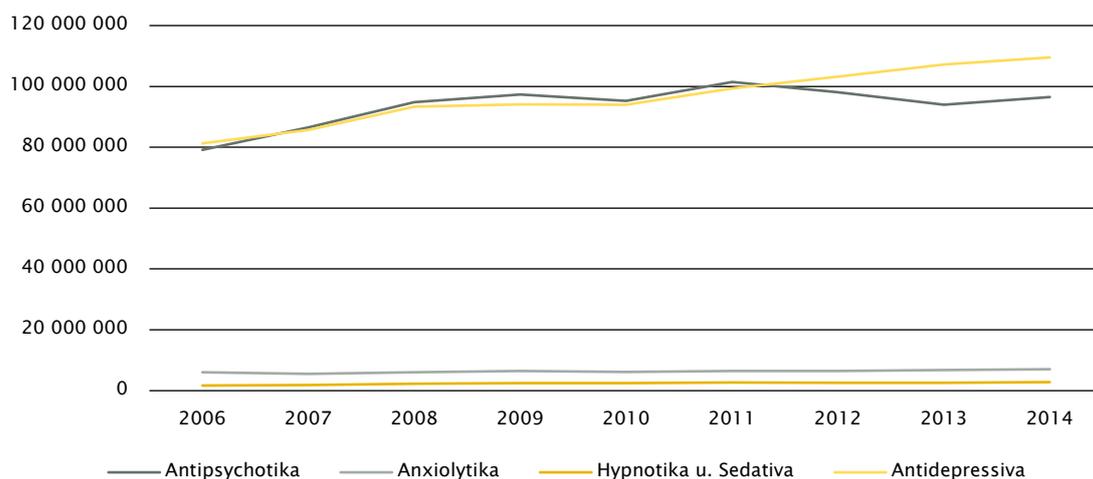
Abbildung 6.8:
Entwicklung der Gesamtkosten von Psychopharmaka in den Jahren 2006 bis 2014, in Euro



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Vergleich der vier Psychopharmaka-Hauptgruppen zeigen sich unterschiedliche Trends. Bei den Antidepressiva ist über die Jahre ein nahezu durchgängiger Kostenanstieg zu verzeichnen (Abbildung 6.9), die Steigerungsraten liegen von Jahr zu Jahr bei bis zu 10 Prozent.

Abbildung 6.9:
Entwicklung der Kosten von verordneten Psychopharmaka-Gruppen in den Jahren 2006–2014, in Euro



Quelle: HVSVT; Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.3 Zusammenfassung

Von den Krankenkassen wurden im Jahr 2014 rund 12,3 Millionen Verordnungen von Psychopharmaka im extramuralen Bereich registriert, die Ausgaben dafür betragen etwa 256 Mio. Euro. Die Zahl der Verordnungen stieg seit dem Jahr 2009 um 15 Prozent, die Kosten um rund 11 Prozent und lagen somit leicht unter der Inflationsrate von rund 12 Prozent²⁸ in diesem Zeitraum.

Den höchsten Kostenanteil verursacht die verordnungsstärkste Gruppe der Antidepressiva mit 43 Prozent der Gesamtkosten. Die Gruppe der Antipsychotika trägt mit 38 Prozent im Vergleich zur Verordnungsmenge (16 %) überproportional zu den Kosten bei. Die Gruppe der Hypnotika und Sedativa sowie die Gruppe der Anxiolytika, die zusammen 24 Prozent der Verordnungen ausmachen, verursachen hingegen nur 4 Prozent der Kosten.

Die Anzahl der Verordnungen von Antidepressiva wächst weiterhin. Die hohe Zahl an Verordnungen lässt jedoch keine direkten Rückschlüsse auf eine etwaige „Volkskrankheit Depression“ zu, da Antidepressiva auch bei anderen Indikationen eine Rolle spielen.

Rund 78 Prozent der Psychopharmaka werden von Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin verschrieben wobei jedoch nicht festgestellt werden kann, ob es sich dabei um Erst- oder Folgeverordnungen nach einer Erstverordnung durch eine Fachärztin / einen Facharzt handelt. Die Zahlen zeigen jedenfalls, dass Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Versorgung von psychisch kranken Menschen spielen.

28

Quelle: WKO, <http://wko.at/statistik/eu/europa-inflationsraten.pdf> (Zugriff am 18. 1. 2016)

7 Quellen- und Literaturverzeichnis

50. ASVG–Novelle BGBl 1991/676

58. ASVG–Novelle, BGBl 2001/99

BMGF (2017): Gesundheitsziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern. Bericht der Arbeitsgruppe. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien

Busch, Martin ; Grabenhofer–Eggerth, Alexander ; Kellner, Klaus ; Kerschbaum, Hans ; Wirl, Charlotte ; Türscherl, Elisabeth ; Weigl, Marion (2013): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Danzer, Daniela; Hagleitner, Joachim; Schnabel, Eva (2007): Psychotherapie auf Krankenschein. Stand 2005. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG, Wien

Eggerth, Alexander; Bednar, Waltraud; Hagleitner, Joachim (2010a): Versorgung mit Psychotherapie 2009. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Eggerth, Alexander; Hagleitner, Joachim; Reichardt, Berthold (2010b): Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung 2007. Eine Iststand–Erhebung mit einem Sonderkapitel zur BGKK. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Glatz, Waltraud; Schaffenberger, Eva (2002): Bedarf und Angebot an Psychotherapie. Expertise. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien

Katschnig, Heinz; Denk, Peter; Scherer, Michael (2004): Österreichischer Psychiatriebericht 2004. Analysen und Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung. Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie & Universitätsklinik für Psychiatrie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Wien

OECD (2015): Mental Health and Work: Austria. OECD Publishing, Paris

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 19/1155–162

Riedel, Monika (2015): Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich. Institut für Höhere Studien (IHS), im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Wien

Sagerschnig, Sophie (2015): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2014. Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH / ÖBIG, Wien

Schaffenberger, Eva; Danzer, Daniela; Schnabel, Eva (2004): Psychotherapie auf Krankenschein. Beschreibung und Evaluierung der bisherigen Umsetzung. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen ÖBIG, Wien