

Projektbericht
Research Report

Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich

Monika Riedel



INSTITUT FÜR HÖHERE STUDIEN
INSTITUTE FOR ADVANCED STUDIES
Vienna

Projektbericht
Research Report

Modelle der Psycho- therapieversorgung in Österreich

Monika Riedel

Unter Mitarbeit von Michael Berger

Endbericht

Studie im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen
Sozialversicherungsträger

April 2015

Institut für Höhere Studien (IHS), Wien
Institute for Advanced Studies, Vienna

Kontakt:

Dr. Monika Riedel
☎: +43/1/599 91-229
email: riedel@ihs.ac.at

Inhalt

1. Einleitung und Hintergrund	1
2. Analyseraster	2
2.1. Grundstruktur	2
2.2. Stakeholder-Perspektiven	5
2.3. Kriterium „Zugang“	7
2.3.1. Warum Zugangsbeschränkungen?.....	7
2.3.2. Organisation des Zugangspfades.....	8
2.3.3. Priorisierung	12
2.3.4. Wahlmöglichkeiten und Empowerment	15
2.4. Qualität des Angebots	15
2.5. Gerechtigkeit – geographisch ausgewogener Zugang im Jahresverlauf	16
2.6. Arbeitshypothesen	17
3. Vergleich der Versorgungsmodelle in Österreich	19
3.1. Zugang	19
3.1.1. Verortung der Zuständigkeiten	19
3.1.2. Zentrale Anlaufstelle vs. dezentraler Zugang	21
3.1.3. Veranlassung des Erstkontakts	24
3.1.4. Assessment	26
3.1.5. Erstbewilligung und Bewilligung von Verlängerungen	27
3.1.6. Choice / Empowerment	29
3.2. Qualität des Angebots	33
3.2.1. Zugangskriterien für TherapeutInnen in den Verein	33
3.2.2. Weiterbildungen.....	34
3.2.3. Supervisionsmöglichkeiten und -erfordernisse	34
3.2.4. Evaluation der Leistungen	34
3.3. Outcome: Mengenindikatoren	35
3.4. Outcome: Geographisch ausgewogener Zugang im Jahresverlauf	38
3.4.1. Räumliche Kapazitätsverteilung	38
3.4.2. Zeitliche Kapazitätsverteilung im Jahresverlauf	40
3.4.3. Bevölkerungsgruppen.....	42

4. Schlussfolgerungen und Policy Conclusions	42
5. Literaturverzeichnis	50

Tabellen

Tabelle 1: Analyseraster	4
Tabelle 2: Charakteristika unterschiedlicher Modelle des Zugangs.....	11
Tabelle 3: Arbeitshypothesen	18
Tabelle 4: Verortung von Weichenstellungen des Zugangs zu PT ("Was passiert wo")	20
Tabelle 5: Assessment-Kriterien nach Bundesländern	27
Tabelle 6: Ländermodalitäten im Bewilligungsverfahren.....	29
Tabelle 7: Informationsangebot der Hotlines.....	30
Tabelle 8: Verteilung der Sachleistungsstunden nach Einzel- vs. Gruppentherapie	32
Tabelle 9: Anzahl von PatientInnen und Stunden nach Bundesländern	36
Tabelle 10: Durchschnittliche Therapiedauer im Salzburger Modell, Stunden	37
Tabelle 11: Anzahl Therapien nach Sitzungsanzahl, ausgewählte Bundesländer	38
Tabelle 12: Zugangssicherung im Jahresverlauf und Wartezeiten	41

Abbildungen

Abbildung 1: Filter beim Zugang zu Mental Health Leistungen – Gatekeeper Modell	9
Abbildung 2: Zugangswege zur Clearingstelle.....	25

Glossar

ASVG:	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ChA:	Chefärztin oder Chefarzt
CS:	Clearingstelle
DSM IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Revision
FA:	Fachärztin oder Facharzt
GAF:	Global Assessment of Functioning. Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus von PatientInnen ohne Berücksichtigung von körperlichen Einschränkungen oder umgebungsbedingten Merkmalen. (beispielsweise 100% entspricht völliger Funktionsfähigkeit, unter 10% entspricht ständiger Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen ODER anhaltender Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthaftem Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht).
GP:	General Practitioner: Hausärztin oder Hausarzt
ICD-10	International Classification of Diseases, 10. Revision
i.d.R.:	in der Regel
k.A.:	keine Angabe
KuJ:	Kinder und Jugendliche
KV, KV-Träger:	Krankenversicherung, Krankenversicherungsträger
LSB:	Lebens- und SozialberaterIn, Lebens- und Sozialberatung
Mental Health Worker:	PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen, AllgemeinmedizinerInnen mit einschlägiger Zusatzausbildung, PsychologInnen
PT:	Psychotherapeutin oder Psychotherapeut
Verein:	Der Begriff Verein wird zusammenfassend für jene Anbieterorganisationen genannt, die Psychotherapie auf Kosten von und im Auftrag von KV-Trägern anbieten, auch wenn sie nicht die rechtliche Form eines Vereines haben.
WS:	wirtschaftlich Schwache (in Zusammenhang mit dem einschlägigen Versorgungsmodell in Salzburg)

1. Einleitung und Hintergrund

In den Jahren 2004-2005 hat das IHS unter dem Projektnamen *Psychotherapiekonzept* einen Bericht erarbeitet, der als zentrales Element die in den Bundesländern bestehenden Versorgungsmodelle für Psychotherapie beschreibt und in Anlehnung an das WHO-Konzept von 2000 gemäß ihrer Leistungsfähigkeit bewertet. Der gegenständliche Bericht nimmt dieses Thema wieder auf, ist aber weniger breit angelegt.

Im Fokus steht nunmehr der Vergleich ausgewählter, in Österreich bestehender Modelle der Versorgung mit krankenversicherungsfinanzierter Psychotherapie als Sachleistung, und hierbei insbesondere die sogenannten „Vereinsmodelle“¹. Das Erkenntnisinteresse liegt dabei insbesondere in der Frage der PatientInnensteuerung.

Explizit **nicht** Gegenstand der Analyse sind ein Vergleich zwischen Vereinsmodellen und dem (bisher nicht abgeschlossenen) Gesamtvertrag, ein Vergleich der Vereinsmodelle mit dem Kostenzuschuss-Bereich („Wahl-TherapeutInnen“) sowie ein Vergleich einzelner psychotherapeutischer Schulen.

Der Bericht gliedert sich in drei Teile. In Kapitel 2 werden das zugrunde gelegte Analyseraster und die damit verknüpften Arbeitshypothesen vorgestellt. Da in der internationalen Literatur kaum Evaluationen über Mechanismen der PatientInnensteuerung in psychotherapeutische Versorgung vorhanden sind, werden Bewertungen der Steuerungsmechanismen größtenteils hypothesengestützt vorgenommen. Kapitel 3 vergleicht die Versorgungsmodelle in acht² Bundesländern anhand des Analyserasters. Kapitel 4 leitet Schlussfolgerungen ab.

Obwohl in den letzten Jahren einige Arbeiten zur Psychotherapieversorgung in Österreich veröffentlicht wurden, mussten einige Informationslücken aus Befragungen von MitarbeiterInnen bei den KV-Trägern und Vereinen geschlossen werden. Herzlicher Dank gilt allen, die hier für Informationen zur Verfügung gestanden sind.

¹ Aus sprachökonomischen Gründen werden unter „Vereinen“ auch Ambulatorien und andere Organisationen subsumiert, die psychotherapeutische Versorgung im Auftrag der bzw. in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungen anbieten.

² Das Bundesland Vorarlberg wurde aufgrund der grundsätzlich unterschiedlichen Organisations- bzw. Finanzierungsstruktur in der psychotherapeutischen Versorgung - pauschaliert vom Land ausgelagert - vom Vergleich ausgeklammert.

2. Analyseraster

2.1. Grundstruktur

Nach unserem Wissensstand besteht in der gesundheitsökonomischen Literatur kein allgemein akzeptiertes Modell, das sich zur Analyse der PatientInnensteuerung empfohlen würde, weder bezogen auf Gesundheitsleistungen im Allgemeinen, noch bezogen auf psychotherapeutische Leistungen im Speziellen: Die internationale Literatur hat sich lange hauptsächlich mit Fragen der Effizienz und Effektivität beschäftigt, und kaum mit Gerechtigkeit und Zugänglichkeit der Leistungen (Richards, Bowers 2011)

Erschwert wurde die Literatursuche, wie immer in diesem Themenkomplex, durch die international uneinheitliche Abgrenzung³ der relevanten Berufe im Krankheitsfeld psychische Gesundheit („mental health worker“ - Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie). Um die schwierige Evidenzlage nicht weiter zu verschärfen, wurde bei der Suche ein offener Zugang gewählt, und im Einzelfall entschieden inwieweit die entsprechende Publikation in den Kontext passt. Dennoch ergab die Literaturrecherche in einschlägigen Datenbanken (EconLit, Google Scholar, Jstor, Pubmed, ScienceDirect) kaum Arbeiten, die sich dem Thema Organisationscharakteristika der psychotherapeutischen Versorgung widmen, daher kann auch nur bei wenigen Einzelaspekten auf Evaluationsergebnisse zur Bewertung zurückgegriffen werden. Dies gilt sowohl für den Sammelbegriff Organisationscharakteristika als auch für Einzelaspekte.

Aufgrund der lückenhaften Evidenzlage nehmen wir daher Abstand von der Erstellung eines Überblicks der internationalen Literatur zum Thema PatientInnensteuerung in der psychotherapeutischen Versorgung, und lassen empirische Evidenz, soweit vorhanden, bei der Darstellung des jeweiligen Charakteristikums einfließen.

Zur Systematisierung des Vergleichs der Vereinsmodelle adaptieren wir, wie bereits im Vorgängerprojekt (Hofmarcher et al. 2005), den WHO Ansatz. Nach diesem sind alle Mental Health Policies in vier Leitprinzipien verankert (vgl. für eine geraffte Darstellung Gilbody, Bower 2007):

- **Zugang:** Die erbrachten Leistungen sollten den Bedarf in der Lebensumgebung decken. Dabei sollte das Recht auf den Erhalt von Leistungen von der Notwendigkeit der Leistung abhängen, nicht von Zahlungsfähigkeit oder Wohnort.
- **Gerechtigkeit:** Die Verteilung des knappen Guts Mental Health Leistung sollte gerecht erfolgen, sodass Personen mit ähnlichen Problemen ähnliche Leistungen erhalten

³ Pribe und Wright (2006) liefern u.a. einen Überblick über zehn industrialisierte Länder, welche Ausbildung für die Ausübung von Psychotherapie verlangt wird. Einen etwas älteren aber breiteren Länderüberblick über die Regulierung bezüglich der Berufe Psychotherapie, klinische und Gesundheitspsychologie liefern Bednar et al. (2004).

(horizontale Gerechtigkeit) und Personen mit schwerwiegenderen Problemen mehr (oder entsprechend andere) Leistungen erhalten als jene mit weniger gravierenden Problemen (vertikale Gerechtigkeit). Gilbody und Bower (2007) orten hier zwei Hauptquellen der ungerechten Verteilung: Unterschiede in der Fähigkeit von Primärversorgern bei der Diagnose psychischer Leiden, und Unterschiede im Zugang zu Leistungen von SpezialistInnen. Gilbody und Bower (2007) konstatieren diese beiden Unterschiede zwar bezogen auf den Zugang zu Mental Health Leistungen im Kontext der Primärversorgung, sie sind aber auch in unserem, etwas weiteren Kontext im Auge zu behalten.

- **Effektivität:** Gesundheits- (und damit auch Mental Health-) Leistungen sollten ihren Zweck erfüllen, nämlich die Gesundheit verbessern. Daran sollte sich auch die Organisation des Zugangs zu Leistungen orientieren, indem Leistungen unbekannter oder erwiesenermaßen nicht vorhandener Effektivität nicht unterstützt werden, ebenso wenig wie die ineffektive Erbringungsform von an sich effektiven Maßnahmen. Die Definition, was Gesundheit und dementsprechend was Gesundheitsverbesserung ist, grenzt die WHO (die Gesundheit enger fasst als lediglich die Abwesenheit von Krankheit) bekanntermaßen anders ab als die österreichische Gesetzeslage. Das ASVG beschränkt die Zuständigkeit der Krankenversicherung eben auf Krankheitsfälle⁴ (§ 120 Z 1 ASVG: Krankheit als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht).
- **Effizienz:** Angesichts knapper Mittel sollten Leistungen so eingesetzt werden, dass der resultierende Gesundheitsgewinn in der Bevölkerung maximiert wird. Diese Maxime ist jedoch umso schwieriger zu erreichen, je größer die Probleme in den drei zuvor genannten Punkten sind.

Das Analyseraster orientiert sich in der Grobstruktur an dieser Gliederung, vgl. Tabelle 1. Der Schwerpunkt der Analyse liegt aus pragmatischen Gründen auf den Bereichen Zugang und Gerechtigkeit: Die Datenlage bezüglich Psychotherapie in Österreich ist wenig systematisch, sodass sie im Rahmen des vorhandenen Projektvolumens keine seriösen Aussagen zur Effektivität oder Effizienz in den einzelnen Versorgungsmodellen erlaubt. Soweit Mengenindikatoren vorhanden sind, werden sie der Vollständigkeit halber tabellarisch dargestellt; quantitative Aussagen zu Effektivität oder Effizienz sind gänzlich unmöglich. Wünschenswert wäre eine Erweiterung des Analyserasters um den Aspekt der Qualität des Angebots, entsprechend dem Verständnis, dass nur qualitativ hochwertige Therapie auch langfristig effektiv und effizient sein kann. In diesem Sinn kann die Kategorie *Qualität des Angebots* als Vorbedingung für Effektivität verstanden werden. Damit wird jedoch nicht behauptet, dass die ideale Versorgung immer diejenige auf der höchsten Versorgungsstufe ist, sondern dass auf jeder Versorgungsstufe gute Leistungsqualität nachhaltiger als schlechte Qualität derselben Versorgungsstufe ist.

⁴ Arbeitsunfähigkeit und Mutterschaft werden im Kontext dieses Berichtes ausgeklammert.

Tabelle 1: Analyseraster

Kriterium	Konkretisierung
Zugang	Zentrale Anlaufstelle mit/ohne Vermittlungs- und Beratungsfunktion
	Zugangspfad: Wer veranlasst Erstkontakt?
	Wird ein Assessment durchgeführt? Wenn ja, durch wen?
	Sind die Kriterien des Assessment formalisiert, und welche gibt es? • Medizinische Kriterien? (inkl. Fallschwere) • Soziale Kriterien? • Berücksichtigung von familiärem Background oder Freundeskreis als Ressource?
	Erstbewilligung / Bewilligung von Verlängerungen • Durch wen • Wann / nach welcher Sitzung • Dauer (Anzahl Sitzungen)
	Choice / Empowerment • Therapeutenwahl • Therapieformen (Gruppentherapie, Einzeltherapie, neue Formen)
Qualität des Angebots	Wie kommen TherapeutInnen in den Verein? (Erfahrungsnachweis etc.)
	Wie erfolgt „Match“ von PatientInnen und TherapeutInnen
	Spezialisierungen des Angebots
	Weiterbildungen
	Supervisionsmöglichkeiten/erfordernisse
	Evaluation der Leistungen
Gerechtigkeit	Räumlich (Stadt/Land)
	Zeitlich (insb. Im Jahresverlauf)
	Bezüglich Gruppen ¹
Mengenindikatoren	Anzahl je Jahr behandelter PatientInnen (absolut, % Anspruchsberechtigte)
	Anzahl Behandlungsstunden oder -sitzungen
	Therapiedauer
	Wartezeiten auf einen Therapieplatz

Anmerkungen: 1 je nach Verfügbarkeit von Informationen Darstellung nach sozialen Schichten, Krankheitsgruppen, Altersgruppen (Alte/Junge) oder Therapieformen.

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Soweit möglich, wird in der Bewertung der einzelnen Organisationscharakteristika nach der Perspektive unterschiedlicher Beteiligter unterschieden. Relevante Unterschiede in der Bewertung einzelner Kriterien sind durch eine der seltenen Studien zum Thema Priorisierung von PatientInnen bei Mental Health Leistungen belegt (Sandell und Fredelius 1997 zitiert nach Walton, Grenyer 2002): Basierend auf „echten“ KlientInnen der zuständigen Stockholmer Gesundheitsbehörde wurden Case Vignetten erstellt und drei Gruppen (Kliniker, Entscheidungsträger, Laien) von je zehn Personen zugeteilt, die eine Priorisierung vornehmen sollten. Einige Kriterien wurden von allen Gruppen ähnlich oder gleich bewertet: Vignetten mit schwieriger oder traumatischer Kindheit, häufigen Trennungs- oder Gewalterfahrungen, hoher Therapiebereitschaft (d.h. vorherige Psychotherapieerfahrungen) wurden einheitlich als zu priorisieren gewertet, wohingegen einheitlich schwache oder fragliche Therapiebereitschaft und Fehlen von traumatischen Erfahrungen als Gründe gegen Priorisierung gewertet wurden. KlinikerInnen und Laien gewichteten Zusammenhänge mit sexueller Gewalt sehr hoch, während aktuelle GAF-Werte für EntscheidungsträgerInnen die wichtigste Rolle spielten. Am größten waren die Gruppen-Divergenzen bezüglich Vorerfahrungen mit Psychotherapie: EntscheidungsträgerInnen ließen sie außer acht, KlinikerInnen werteten sie als wichtiges Argument pro, und Laien werteten sie als wichtiges Argument contra Priorisierung. (Sandell und Fredelius 1997 zitiert nach Walton und Grenyer 2003) Die StudienautorInnen interpretierten diese Unterschiede im Kontext von Dringlichkeit versus Angemessenheit der Therapie, wobei unter Angemessenheit die Aussicht auf Therapieerfolg verstanden wurde. Da KlinikerInnen am unmittelbarsten mit allfälligen ausbleibenden Therapieerfolgen konfrontiert sind, wurde ihr Interesse daran als stärker als bei den anderen beiden Gruppen eingeschätzt.

2.2. Stakeholder-Perspektiven

Der vorliegende Vergleich der Vereinsmodelle psychotherapeutischer Versorgung in Österreich unterscheidet zwischen folgenden Stakeholder-Perspektiven:

- *PatientInnen*: Aus PatientInnensichtweise ist die Bewertung am vielfältigsten, bzw. es muss die größte Anzahl von Einzelaspekten vereint werden: Effektivität der Leistung (was u.a. die Frage der Qualität der Leistungen berührt), Zugänglichkeit der Leistung (was bei unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen wiederum unterschiedliche Aspekte haben kann, Beispiele MigrantInnen, Kinder, Landbevölkerung), Empowerment (Mitsprachemöglichkeit bei TherapeutInnenauswahl) und nicht zuletzt finanzielle Leistbarkeit (was aufgrund der ausführlichen Behandlung im Bericht 2005 im vorliegenden Bericht ausgeklammert wird).
- *Krankenversicherte Bevölkerung*: Das Interesse der Versicherten liegt in zwei Bereichen: zum einen finanzieren letztendlich sie alle Gesundheitsleistungen und haben dadurch ein Interesse an kostengünstiger Versorgung (Interesse als Beitragszahler). Zum anderen sind Versicherte gleichzeitig oder potentiell zukünftig PatientInnen, und teilen damit die Interessenslage der aktuellen PatientInnen, wenn auch im letzteren Fall in

weniger ausgeprägter Form. Da sich somit die Interessen der Versicherten mit jenen anderer Stakeholder (KV-Träger, PatientInnen) überschneiden, werden sie im Weiteren nicht separat ausgewiesen.

- *KV-Träger:* Auch die Interessenslage der KV-Träger ist mehrdimensional. Sie ist unter Wahrung einer impliziten oder expliziten Budgetbedingung für die Erfüllung eines Versorgungsauftrages für ihre Versichertengemeinschaft zuständig. Dieser Versorgungsauftrag umfasst ein breites Leistungsspektrum, in dem die psychotherapeutische Versorgung einen schmalen Bereich ausmacht, der jedoch in Wechselwirkung mit anderen Bereichen steht. Auf finanzieller Basis besteht diese Wechselwirkung zum Teil innerhalb von KV-Trägern (z.B. steigen oder fallen die Ausgaben für Psychopharmaka, wenn mehr Psychotherapie zur Verfügung steht?), zum Teil sozialversicherungsintern (z.B. Kann ein besseres Angebot an Psychotherapie vorzeitige Pensionierungen aufgrund psychischer Leiden verhindern?) und zum Teil zwischen KV und staatlichen Budgets (Wechselwirkung ambulante und stationäre Psychotherapie). Diese Wechselwirkungen berühren sämtlich die Effektivität der Psychotherapie, die im vorliegenden Projektbericht nicht den Kern des Interesses bildet.

Nahezu weltweit wird der Zugang zu Mental Health Leistungen von den Zahlern rationiert, was mit den Besonderheiten von psychischen Leiden zusammenhängt: psychische Leiden sind oft länger andauernd, aber schwer chemisch-physikalisch messbar, sodass dieser Bereich prädestiniert für anbieterinduzierte Nachfrage ist. U.a. deshalb reagieren die Zahler mit Limitierungen oder Rationierungen (Frank 2011).

- *Vereine (bzw. Ambulatorien und andere Anbieterinstitutionen):* An der psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung nehmen Vereine teil, die an unterschiedliche Institutionen angebunden sind oder ihnen nahestehen, bzw. die eine unterschiedliche Entstehungsgeschichte erlebt haben. Dementsprechend gehen wir davon aus, dass sich diese historischen und personellen Unterschiede auch in einer inhomogenen Interessenslage der Vereine (bzw. ihrer führenden Persönlichkeiten) widerspiegeln:
 - Manche Vereine sind an eine berufsständische Vereinigung, typischerweise der PT, angeknüpft. Es ist realistisch, dass eine breite Einbindung von möglichst vielen PT, „niedrige Einstiegsbarrieren“ für weitere PT sowie wirtschaftliche Interessen der PT im Allgemeinen für derartige Vereine von Bedeutung sind. Die Zielsetzung einer „guten PatientInnenversorgung“ wird diesen Vereinen damit nicht abgesprochen.
Die Arbeitshypothese für solche Vereine ist, dass beide Arten von Interesse nebeneinander bestehen.
 - Manche Vereine sind spezialisiert auf bestimmte PatientInnengruppen (wie Kinder, MigrantInnen, Krankheitsgruppen). Die Vereine arbeiten oft multidisziplinär (PsychiaterInnen, PT, TherapeutInnen anderer Fachbereiche, SozialarbeiterInnen, evtl. PädagogInnen), ihr Angebot geht oft über Krankenbehandlung i.S.d. ASVG hinaus (und ist dann entsprechend

durch andere Quellen finanziert bzw. kofinanziert).

Die Arbeitshypothese für derartige spezialisierte Vereine ist, dass berufsständische Interessen tendenziell eine geringere Rolle als in berufsständisch angelegten Vereinen spielen (da sie aufgrund der multidisziplinären Belegschaft heterogener sind) und dem PatientInnenwohl höhere Bedeutung zukommt.

- *PsychotherapeutInnen*: Für PT gehen wir davon aus, dass sie eine vergleichbare Interessenslage haben wie es in der umfangreichen gesundheitsökonomischen Literatur über das Ärzteverhalten beschrieben ist: Nebeneinander bestehen der altruistische Nutzen an beobachteten Verbesserungen im Gesundheitszustand der PatientInnen, und der aus dem eigenen Einkommen abgeleitete Nutzen. Bezogen auf letzteres, dominieren demnach je nach Honorierungsform unterschiedliche Anreize ihr Verhalten, vgl. z.B. Breyer, Zweifel (1992).

Ein Unterschied könnte insofern bestehen, als PT als praktisch einzigen „Input“ ihre Arbeitszeit verwenden. Diese kann aber unterschiedlich intensiv genutzt werden (Einzel- vs. Gruppentherapie, „leichte“ vs. „schwere“ Fälle), was vermutlich mit unterschiedlich hohem „Arbeitsleid“ bei den PT verbunden sein dürfte. Ein weiterer Aspekt hierbei ist, dass sich die Honorierung von PT in der Regel nach Zahl und Dauer der abgehaltenen Therapiesitzungen richtet, Gruppensitzungen aber mehr Administrationsaufwand beinhalten (z.B. um passende Gruppen zusammensetzen und terminlich abstimmen zu können).

Je nach Fragestellung, muss zwischen der Interessenslage von am Vereinsmodell „teilnehmenden“ und „nicht teilnehmenden“ PT unterschieden werden, sowie nach der Interessenslage von PT unterschiedlicher Qualifikation oder Spezialisierung.

2.3. Kriterium „Zugang“

2.3.1. Warum Zugangsbeschränkungen?

In der wissenschaftlichen Literatur wird weitgehend davon ausgegangen, dass bei der Versorgung von psychischen Erkrankungen – mehr als bei körperlichen Erkrankungen – eine stärkere Ausprägung des Moral Hazard Problems (vgl. Arrow 1963) vorliegt. Viele Staaten handhaben daher Mental Health und medizinische Versorgung unterschiedlich. Eine ökonomisch-theoretische Erklärung hierfür leitet sich aus der Annahme ab, dass die Nachfrage nach Mental Health Versorgung in Bezug auf die Art des Versicherungsschutzes einer anderen Dynamik unterliegt als jene nach anderen medizinischen Leistungen. Genauer gesagt wird davon ausgegangen, dass die Nachfrage nach Mental Health Versorgung stärker auf eine Kostenbeteiligung seitens der PatientInnen reagiert (höhere Preiselastizität der Nachfrage). Direkte empirische Evidenz für diese Annahme liegt vor allem für die USA in der Form von ökonometrischen Studien seit den 1980er Jahren vor. Für andere Industrieländer (z.B. Kanada, Deutschland, Niederlande, Australien) gibt es jedoch hauptsächlich nur indirekte Evidenz (Frank 2011).

Aus dem ESEMeD Projekt⁵ liegen Veröffentlichungen vor, die sich mit der Inanspruchnahme von Mental Health-Leistungen in sechs europäischen Ländern beschäftigen (Dezetter et al. 2011, 2012). Die AutorInnen des ESEMeD Projektes schließen, dass es keine einfache Beziehung zwischen Charakteristika der Versorgungssysteme für die psychische Gesundheit und Mustern der Inanspruchnahme dieser Leistungen gibt, und daher auch nicht zu Best-Practice Modellen für die breite Masse der Bevölkerung. Wie stark einzelne Arten von Mental Health Leistungen bzw. Versorgern in Anspruch genommen werden hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab, zu denen kulturelle Faktoren wie das Interesse an verschiedenen Therapietypen gehören, aber auch gesundheitspolitische Aspekte wie die Ärzte- oder Therapeutendichte, die faktische Verfügbarkeit dieser Mental Health Worker, Gatekeeping und Bezahlungssysteme. Damit wird organisatorischen Aspekten der Versorgung hoher Stellenwert beigemessen.

2.3.2. Organisation des Zugangspfad

Prinzipiell kann der Zugangspfad zu Mental Health Leistungen auf mehrere Arten gestaltet sein: Erstens kann auf eine Organisation des Zugangspfad verzichtet werden, der Zugang wäre dann offen und frei. Dies ist bei Mental Health Leistungen in der Regel nur dann der Fall, wenn die Leistungen privat von der Patientin oder dem Patienten bzw. von deren Familien finanziert werden. Dieses Modell wird im Folgenden nicht weiter besprochen, da der Schwerpunkt des Berichtes auf durch die KV-Träger (ko)finanzierter Sachleistungsversorgung liegt.

Zweitens kann zwar der direkte Zugang zu Mental Health Leistungen frei sein, die AnbieterInnen haben dann aber ein Assessment durchzuführen um ggfs. den Bedarf festzustellen, damit die zuständige Institution (wie Versicherung oder staatlicher Gesundheitsdienst) ihren Anteil an der Finanzierung der Leistungen übernimmt. Innerhalb dieser Form bestehen drei idealtypische Möglichkeiten, wer die Finanzierungsentscheidung aufgrund der Assessments trifft: entweder die Finanzierungsinstitution (zB KV Träger, National Health Service; dann erfolgt das Assessment aber meist durch spezielle PT im Auftrag der Finanzierungsinstitution), oder die PT sind (in welchen rechtlichen Form auch immer) durch eine von der Finanzierungsinstitution getrennte Anbieterorganisation verbunden, die dann die Finanzierungsentscheidung trifft, oder der Finanzierungsinstitution genügt das Assessment der/des PT bei entsprechender Einschätzung (zB ausreichender GAF-Wert) für die Finanzierung aus. Alle diese Konstellationen kommen im Rahmen von Vereinsmodellen in Österreich vor.

Drittens kann ein Gatekeeper zwischengeschaltet sein. Dieser Gatekeeper stellt ggfs. den Bedarf für Mental Health Leistungen fest und überweist an geeignete

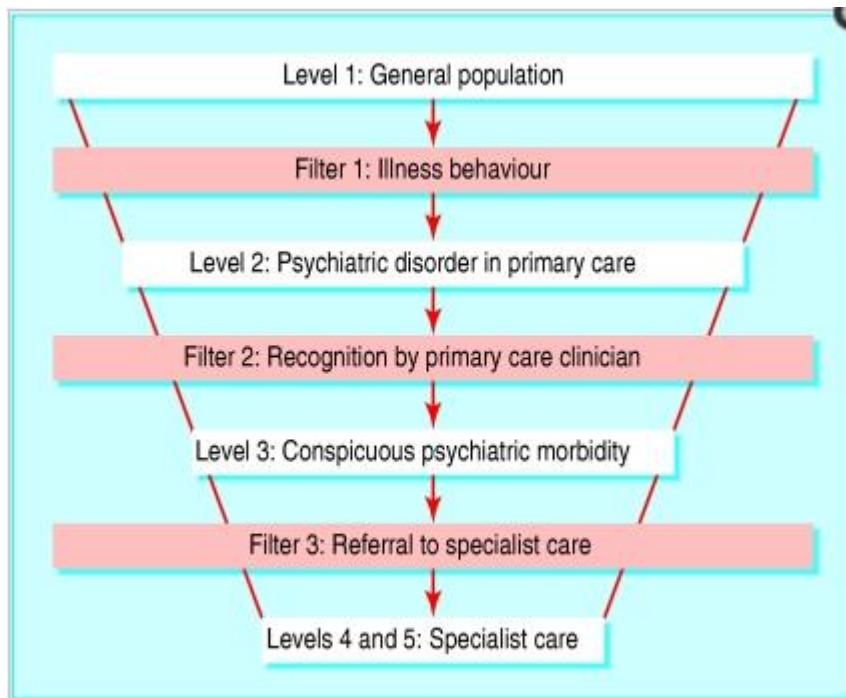
⁵ European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ein Querschnitts-Survey aus dem Zeitraum 2001-2003 anhand einer repräsentativen Stichprobe nicht-institutionalisierter Erwachsener in den Ländern Belgien, Frankreich, Deutschland, Italien, Niederlande, Spanien.

Versorgungsinstitutionen. Im angelsächsischen Raum wird diese Gatekeeper-Funktion typischerweise vom GP wahrgenommen.

Bower und Gilbody (2005) erläutern die Ebenen und Filter, die PatientInnen auf dem Weg zur Mental Health Leistung im Rahmen eines Gatekeeper-Modells durchlaufen, vgl. Abbildung 1. Der erste Filter liegt noch im Bereich der PatientInnen selbst, da nicht alle von ihnen bei Auftreten von Symptomen den Weg in die allgemeinmedizinische Praxis suchen. Der zweite Filter besteht in der dort gestellten Diagnose, die eine psychische Erkrankung feststellt (oder eben nicht), sodass eine Behandlung begonnen werden kann. Erst wenn die Erkrankung so schwer ist, dass ein Bedarf an psychotherapeutischer oder psychiatrischer Versorgung erkannt wird (Filter 3), ist den PatientInnen der Zugang zu entsprechend spezialisierter Versorgung offen.

Während hier die Finanzierungsentscheidung durch eine Person getroffen wird, die in der Regel zwar eine gewisse Mental Health Kompetenz besitzt, aber nicht auf Mental Health spezialisiert ist, gehen wir davon aus dass dies einen Unterschied zum oben unter zweitens skizzierten Modell darstellt, wo diese Entscheidung von einer oder mehreren auf Mental Health spezialisierten Personen getroffen wird.

Abbildung 1: Filter beim Zugang zu Mental Health Leistungen – Gatekeeper Modell



Quelle: Bower, Gilbody (2005).

Je nachdem, bei welcher Institution die Finanzierungsentscheidung angesiedelt ist – Zahler der Leistung, Erbringer der Mental Health Leistung, oder eben GP – bestehen noch weitere Unterschiede in den Organisationscharakteristika der Versorgung, die in Tabelle 2 zusammengefasst werden. Entsprechend diesen strukturellen Unterschieden bestehen auch unterschiedliche Anreize.

Unbestritten ist, dass alle drei möglichen Entscheidungsträger ein hohes Interesse an der Gesundheit der PatientInnen haben. Je nach Zuständigkeitsbereich unterscheidet sich aber, für welche PatientInnen und für welche Gesundheitsbelange sich die einzelnen Akteure verantwortlich fühlen. Der Zuständigkeitsbereich von Zahlern, in etwas geringerem Maße aber auch jener von GPs ist in dreifacher Hinsicht größer als jener von Anbietern der Mental Health Leistungen: In Bezug auf den umfassten Personenkreis (Risikopool), das Leistungsspektrum, und meist auch in zeitlicher Hinsicht. Dementsprechend liegt das Hauptinteresse der jeweiligen Stakeholder auch nicht nur auf der optimalen psychischen Gesundheit insbesondere der aktuellen PatientInnen, sondern bezieht einen weiteren möglichen PatientInnenkreis mit ein und auch die finanziellen Notwendigkeiten für andere Erkrankungsbereiche. Somit ergibt sich, dass die Anreize, den Zugang zu Leistungen zu limitieren, naturgemäß für den Zahler der Leistungen am ausgeprägtesten sind. Gleichzeitig wird dieser Anreiz in dem Maße abgeschwächt, wie Einschränkungen in einem Leistungsbereich Folgewirkungen und –kosten in anderen Leistungsbereichen nach sich ziehen können.

Ergänzt wird das Interesse am PatientInnenwohl durch das unvermeidliche Eigeninteresse der Akteure: Anbieter(organisationen) werden i.d.R. durch das Entgelt für die PatientInnenversorgung finanziert. Je nach Ausgestaltung der Finanzierungsform (Pauschalbudgets, Kopfpauschalen, Einzelleistungshonorierung...) kommen hier unterschiedliche Anreize zum Tragen, die im Spannungsfeld zwischen dem Interesse an (ausreichend) hoher Bezahlung einerseits und geringem „Arbeitsleid“ andererseits liegen. Die Kostenträger wiederum müssen die einnahmenorientierte Ausgabenpolitik beachten. Wie aus der genannten Literatur hervorgeht, besteht insbesondere bei psychischen Erkrankungen ein erhebliches Moral Hazard. Dieses entsteht zum einen dadurch, dass der Behandlungsgrund viel schwerer objektivierbar ist und zum anderen, dass über eine Krankheitswertigkeit hinaus der Bedarf zur Persönlichkeitsentwicklung bestehen kann, welche nicht in den Leistungsbereich der KV-Träger fällt, aber nicht immer konkret abgrenzbar ist. Daraus ergibt sich, dass die Verantwortlichen im Kostenträgerbereich einem gleichzeitig unsicheren und erheblichen potenziellen Ausgabenvolumen gegenübersehen. Im Sinne der vertretenen Versicherten, deren Beiträge sorgsam verwaltet werden sollen, besteht somit der Anreiz, sehr konservativ und „unverbindlich“ zu bleiben.

Tabelle 2: Charakteristika unterschiedlicher Modelle des Zugangs

Finanzierungs- entscheidung bei	Zahler (z.B. KV-Träger)	Anbieterorganisation (z.B. Verein)	Gatekeeper (GP)
Zuständigkeits- bereich	Umfassend (somatische Erkrankungen und Mental Health)	i.d.R. auf Mental Health eingeschränkt, u.U. auf einen Teilbereich (z.B. Sucht)	Umfassend (somatische Erkrankungen und Mental Health)
Dauer der Zuständigkeit	i.d.R. sehr lange	Behandlungsdauer	Lange
Risikopool	Groß (alle Anspruchs- berechtigten)	Mittel (i.d.R. nur Teil der Anspruchs- berechtigten wegen Konkurrenten oder speziellen Risikogruppen)	Klein (PatientInnen der Praxis)
Qualifikation der entscheidenden Person/Gremium	unterschiedlich	i.d.R. Mental Health	i.d.R. Allgemeinmedizin
Hauptinteresse	Langfristige Finan- zierbarkeit der gesamten Gesund- heitsversorgung der Anspruchsberechtigten	(psychisches) Wohl der eigenen PatientInnen (finanzielles) Wohl der eigenen Beschäftigten	Wohl der eigenen PatientInnen eigenes (finanzielles) Wohl
Tendenz zu...	Unterversorgung (schwächer bei Pflichtversicherung)	Übersorgung (begrenzt durch Limits seitens des Zahlers)	Unterversorgung (etwas stärker durch unmittelbarere Wirkung wegen kleinem Risikopool)

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Tabelle 2 stellt nur einen Überblick verschiedener Charakteristika bei unterschiedlich organisierten Zugangspfaden dar. Innerhalb der drei möglichen Träger der Finanzierungsentscheidung kann die konkrete Ausgestaltung noch zu Abstufungen führen, die die Anreizstrukturen z.B. des Vereins ähnlicher jener von Zahlern machen, oder eben nicht. So ähnelt die Anreizstruktur für einen Versorgungsverein „mit regionalem Monopol“ bzw. ausschließlicher Zuständigkeit für eine Region insofern stärker jener für den Zahler, als eben eine Gesamtverantwortung übernommen wird. Dies dämpft den Anreiz für Rosinenpicken ein im Vergleich zu einem Modell, in dem parallel Versorgungsverträge mit mehreren Vereinen bestehen.

Ergänzend ist festzuhalten, dass die Verortung der Finanzierungsentscheidung beim Zahler erhebliche Informationsbedarfe schafft, um eben diese Entscheidung treffen zu können. Das Principal-Agent-Problem ist ja besonders stark, da die erforderliche gute Arbeitsbeziehung zwischen PatientInnen und PT i.d.R. gleichzeitig Kollusion bedeutet.

2.3.3. Priorisierung

Um knappe Ressourcen – sei es Geld oder Arbeitszeit und Energie von Fachkräften – möglichst sinnvoll zu allozieren, werden im Gesundheitssystem häufig implizite oder explizite Formen der (Fall- oder Patienten-) Priorisierung durchgeführt. Bei der Regelung derartiger Fragen spielt unvermeidlicherweise Gerechtigkeit (aus PatientInnensicht) eine große Rolle, wenn auch oft der Wunsch zu einer effizienten Mittelallokation als das drängendere Motiv (aus Sicht der Zahler) erscheint. Der Bereich Mental Health stellt hier keine Ausnahme dar, im Gegenteil, es erscheint das Problem nur umso dringender da gerade bei PatientInnen mit gravierenden funktionellen Einschränkungen und hohem Bedarf an Mental Health Services die durch Therapien erzielten Verbesserungen oft schwerer sichtbar sind.

Obwohl Priorisierungs- oder Triage Systeme auch im Bereich der Psychotherapie verbreitet angewandt werden, konstatieren Walton und Grenyer (2002) noch das Fehlen von empirischer Literatur zu den damit erzielten Effekten. In der Zwischenzeit wurden international einige wenige Aufsätze publiziert, die sich auf einzelne Krankheiten (allerdings bedeutende wie Angststörungen, Depression) oder bestimmte Populationen (wie StudentInnen) beziehen. So konnten positive Ergebnisse mit der Einführung eines Triage-Systems (statt Wartelisten) in einem College Counseling Center erzielt werden, nämlich reduzierte Wartezeiten und bessere Teilnahmeraten. (Hardy et al. (2011).

Die Analyse der österreichischen Versorgungsmodelle wird die Aspekte Zentralisierungsgrad, Verortung des Assessment, Kriterien des Assessment beachten:

Zentralisierungsgrad: Damit Priorisierungen durchgeführt werden können, muss zwangsläufig Information über idealerweise alle, realistischerweise „viele“ der potenziellen Leistungsempfänger und –empfängerinnen an jener Stelle zusammenfließen, die die

Priorisierung durchführt. Ansonsten besteht die Gefahr, dass die Funktion eines Assessment bei der alleinigen Beurteilung der Krankheitswertigkeit stehenbleibt, ohne bei Ressourcenknappheit eine Entscheidungshilfe für die Ressourcenallokation zu bieten. Dies kann durch eine abgestufte Beurteilung (Schwere von Krankheit oder Dringlichkeit) zwar etwas entschärft werden, ändert die Problemlage aber nicht grundlegend.

Verortung des Assessment: Das Assessment dient der Feststellung von Art und Umfang des Behandlungsbedarfes. Gerade im psychischen Bereich ist diese Feststellung mit einigen Unschärfen behaftet, da physikalische oder chemische Tests kaum möglich sind. Somit ergibt sich ein gewisser Interpretationsspielraum für die Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit, der von den Personen, die ein solches Assessment durchführen, unterschiedlich genutzt wird. Wir gehen davon aus, dass dabei systematische Unterschiede bestehen, die mit dem beruflichen Hintergrund bzw. der eigenen beruflichen Anbindung korrelieren (sei es unbewusst, oder sei es aufgrund von Vorgaben der Institution für die diese GutachterInnen tätig sind):

- Beispielsweise ähnelt die Interessenslage von selbständig arbeitenden PT jener Situation, wie sie im Rahmen der Zieleinkommenshypothese für den ärztlichen Beruf beschrieben wurde (Vgl. Breyer 1984). Solange PT nicht ausreichend ausgelastet sind, um das gewünschte Einkommensniveau zu erreichen, besteht ein finanzieller Anreiz, Spielräume in der Beurteilung der Behandlungsnotwendigkeit großzügig auszulegen. Gehen wir weiters davon aus, dass bei PT die Beziehung zwischen Arbeitsstunden (Sitzungen) und Einkommen noch direkter ist als bei niedergelassenen ÄrztInnen (mit zumindest teilweiser Einzelleistungsvergütung), müsste diesen Effekten noch mehr Gewicht als bei ÄrztInnen zukommen.
- Sind GutachterInnen Angestellte des Zahlers (in unserem Fall, meist des KV-Trägers), so werden sie ihre Beurteilung nicht nur in stärkeren Zusammenhang mit den insgesamt zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Ressourcen stellen, sondern auch mit jenen für andere Behandlungsformen. Im idealen Fall werden sie auch mit berücksichtigen, welche absehbaren Folgewirkungen aus einer späteren, weniger intensiven, oder in einem anderen Setting stattfindenden Behandlung erwachsen dürften. Dieser Effekt wird als umso stärker ausgeprägt angenommen, je umfassender die finanzielle Zuständigkeit des Zahlers ist, oder anders gesagt, sinkt der Effekt bei zunehmend fragmentierter Finanzierung.
- Wir gehen davon aus, dass systematische Verzerrungen in der Wahrnehmung des Beurteilungsspielraumes bei unabhängigen GutachterInnen, die weder Angestellte des Zahlers noch in weiterer Folge selbst die potenziellen Behandler der zu begutachtenden PatientInnen sind, am geringsten ausfallen.

Kriterien des Assessments:

Um horizontale und vertikale Gerechtigkeit zu gewährleisten, unterliegen Assessments oft einem Regelwerk, das bestimmt, welche Aspekte ein Assessment zu berücksichtigen hat, und wie der Schweregrad der Ausprägung jeweils zu beurteilen ist. Die Schwierigkeit bei der Auswahl der Kriterien liegt darin, einerseits so umfassend zu sein, dass „keine Bedürftigen durch den Rost fallen“, aber andererseits so spezifisch, dass Interpretationsspielräume und damit Möglichkeiten für horizontale Ungerechtigkeit möglichst gering sind. So vielfältig wie der Begriff der „Gerechtigkeit“ sind international auch die Operationalisierungen von konkreten Assessmentkriterien.

Die am häufigsten berücksichtigten Aspekte umfassen

- **Art und Schwere der Krankheit**, operationalisiert beispielsweise durch ICD-Codes
- **Die Dringlichkeit der Behandlung**, also die Frage ob die Krankheit - wenn unbehandelt - bereits zu Folgewirkungen wie der Gefährdung mitbetroffener Personen, oder dem Verlust von Arbeitsplatz oder Wohnung zu führen droht
- **Das soziale Umfeld**, also die Frage inwieweit Familie, Freunde oder andere unterstützungsbereite Mitmenschen für die kranke Person als zusätzliche Ressource verfügbar sind
- **Die individuelle wirtschaftliche Lage**, also die Frage ob den PatientInnen eine private (Ko-)Finanzierung der Behandlung zumutbar ist

Bezogen auf die Kernkompetenzen der PT unterscheiden sich die Assessmentbereiche. Während der erste Bereich (Krankheitswertigkeit) unstrittig ist, ist der letzte Bereich problematisch, und es ist zu fragen ob PT in Vereinen oder freier Praxis überhaupt die notwendige Informationsbasis für eine Einschätzung haben. Administrative Stellen haben hier vermutlich eine bessere Informationsbasis als PT, die auf die Aussagen der PatientInnen angewiesen sein werden. Bei den Kriterien Dringlichkeit und soziales Umfeld ist kein Informationsvorsprung auf administrativer Ebene erkennbar, eine Beurteilung wird auf dem persönlichen Gespräch aufbauen und damit in den Bereich der PT fallen.

Wird das Assessment von derselben Person durchgeführt, die voraussichtlich die spätere Behandlung durchführt, kann die Einführung von Kriterien durchaus auf Widerstand stoßen. Ein Grund dafür mag im – zumindest anfänglich – gesteigerten Dokumentationsaufwand liegen, ein weiterer in Befürchtungen bezüglich Behandlungsfreiheit und Datenschutz.

In mittlerer bis längerer Frist gehen wir jedoch davon aus, dass die Routine im Umgang mit formalisierten Assessmentverfahren eine Erleichterung bzw. Aufwandsverringerung gegenüber dem Verfassen (aus Sicht der PT) und dem Verarbeiten (aus Sicht der KV-Träger) von unstrukturierten Assessments bedeutet.

Box 1: Die Begriffe Triage und Assessment

Die Begriffe „Triage“ und „Assessment“ werden oft synonym verwendet. Unter Assessment ist üblicherweise ein detaillierter berufsspezifischer klinischer Prozess zu verstehen, der zu einer Problemdefinition und einem Behandlungsplan führt. Damit berücksichtigt das Assessment Informationen die sich auf die Person beziehen, um deren PT-Bedarf es geht.

Triage hingegen meint meist ein schnell durchführbares Protokoll oder ähnliches Instrument, das anhand von wenigen Schlüssel-Kriterien zu einer Einschätzung des Bedarfsgrades führt. Dementsprechend führt Triage entweder zu einer raschen Entscheidung, OB jemand eine Leistung bekommt oder nicht, oder aber AUF WELCHEM PLATZ einer Warteliste die betreffende Person unter Anwendung einer kontinuierlichen Werteskala zu platzieren ist (Walton, Grenyer 2002).

2.3.4. Wahlmöglichkeiten und Empowerment

Psychotherapie hat bessere Chancen auf Erfolge, wenn PT und PatientIn eine funktionierende Arbeitsbeziehung aufbauen können. Daher sind auch die Möglichkeiten der PatientInnen, bei der Wahl der/des „passenden“ PT mitzuwirken, von Bedeutung.

Ebenso wird nicht jede Form (wie Gruppen-, Einzeltherapie) von Psychotherapie bei allen PatientInnen und bei allen Erkrankungen gleich gut wirken.

Systematische Voraussetzungen für einen guten „Match“ können somit Vorteile für alle Stakeholder bieten:

- Aus PatientInnensicht höhere Erfolgschancen der Behandlung
- Aus Zahlersicht ermöglichen die besseren Erfolgschancen u.U. eine kürzere Therapiedauer und bieten ein geringeres Risiko für Therapeutenwechsel mit dann insgesamt längerer Therapiedauer, sowie für Therapieabbruch und u.U. Folgekosten in anderen Behandlungssettings, bis zur verringerten Arbeitsfähigkeit und Einnahmefällen für die Zahler
- Aus Sicht der PT ein angenehmeres Arbeitsklima und mehr Erfolgserlebnisse als bei Patientinnen mit höheren persönlich begründeten Widerständen

2.4. Qualität des Angebots

Maßnahmen zur Qualitätssicherung des Angebots liegen in den Bereichen Ausbildung der PT, Weiterbildung sowie Supervision. In der österreichischen Situation, in der Psychotherapie laut Psychotherapiegesetz mehr umfasst als nur Krankenbehandlung im

Sinne des ASVG, kommt dem Aspekt der Eignung der PT eben für die Durchführung von Krankenbehandlung besondere Bedeutung zu.

Ein Element der Qualität der Versorgung liegt darin, dass für spezifische Problemlagen auch spezialisierte Angebotsformen vorhanden sind: Beispielsweise verlangen Kinder, die Erwerbsbevölkerung und hochbetagte Personen jeweils unterschiedliche Angebote, die sich nicht nur nach der Ausbildung und Erfahrung der PT unterscheiden mögen, sondern oft auch in Zusammenhang mit Infrastrukturfragen stehen (z.B.: Wie sieht das Behandlungszimmer aus, in dem entsprechende Arbeitsatmosphäre geschaffen kann? Welche Hilfsmittel sind sinnvoll? Sind die PatientInnen (noch oder schon) mobil genug um selbst in die Praxis zu kommen?). Je nach Problemlage bzw. Krankheitsfeld kann ein Naheverhältnis zu anderen Versorgungsformen sinnvoll sein, wie Anbindung an SozialarbeiterInnen oder Krankenhäuser.

Gerade im Bereich Mental Health ist die Versorgungslandschaft sehr komplex, mit nicht immer vollständig klar voneinander abgegrenzten Zuständigkeitsbereichen. Es gibt ein Nebeneinander von mehreren Berufen (Psychiatrie, Psychotherapie, Klinische Psychologie) und Versorgungssettings (in Österreich „Vereinsmodelle“, Kostenzuschussbereich, ärztliches Angebot), sodass eine Beurteilung von Versorgungslücken nur settings- und berufsübergreifend aussagekräftig ist. Diese umfassende Darstellung ist jedoch nicht Gegenstand dieses Projektberichtes.

2.5. Gerechtigkeit – geographisch ausgewogener Zugang im Jahresverlauf

Unter dem Begriff Fairness werden in diesem Bericht Aspekte subsumiert, die einen gerechten Zugang zu Leistungen gewährleisten sollen. Ausgehend von beobachteten Problembereichen in der Versorgung mit PT-Leistungen wird hierbei auf zwei Aspekte horizontaler Gerechtigkeit fokussiert, die räumliche und die zeitliche Verteilung der bestehenden Kapazitäten.

Typischerweise arbeiten im städtischen Raum mehr PT als in ländlichen Gebieten, und auch Anbieterorganisationen sind stärker im städtischen als im ländlichen Raum beheimatet. Daher ist zu fragen, ob und wie die räumliche Verteilung der im Bundesland bestehenden PT-Ressourcen geregelt ist.

In der Vergangenheit war beim Zugang zu PT als Sachleistung häufig mit z.T. beträchtlichen Wartezeiten zu rechnen. Zum Teil kam es vor, dass begrenzte Stundenkontingente dazu führten, dass gegen Jahresende mangels finanzierten Stundenvolumens kaum noch neue Therapien begonnen werden konnten. Daher ist zu fragen, ob und wie dafür Sorge getragen wird, dass Zugangsmöglichkeiten zu PT als Sachleistung im Jahresablauf nicht übermäßig schwankt.

Weitere Aspekte der Verteilungsgerechtigkeit beim Zugang zu PT-Ressourcen ergeben sich aus dem Grad der Zentralisierung bei der Verteilung der Sachleistungsplätze. Bei dezentraler Entscheidungsfindung kann es leichter dazu kommen, dass bestehende Regelungen unterschiedlich interpretiert und angewandt werden, was das Erreichen einer horizontal gerechten Ressourcenverteilung erschwert. Dieses Argument gilt umso stärker, wenn keine einheitlichen Regeln vorgegeben werden, sondern nach dezentral festgelegten Regeln (oder ad hoc, ohne Regelgerüst) entschieden wird.

2.6. Arbeitshypothesen

Wie bereits ausgeführt, sind Evaluationen rar, die es erlauben, Organisationscharakteristika des Zugangs zu PT zu bewerten. Im Folgenden werden daher zusammenfassend die Hypothesen dargestellt, die die Grundlage der Bewertung bilden. Nicht jedes Charakteristikum ist dabei aus Sicht mehrerer Stakeholder bewertbar.

Tabelle 3: Arbeitshypothesen

Charakteristikum	Bewertungshypothese
Zentrale Anlaufstelle	Verbessert quantitativen und qualitativen Überblick über (offene) Behandlungsplätze ➔ bei entsprechender Informationslage und Kompetenz des Personals besseres und schnelleres „Matching“, evtl. sogar Triage PS, KS: + PTS: + (wenig „Leerlauf“)
Veranlassung Erstkontakt	• Hoher Zuweisungsanteil durch Ärzte/soziale Einrichtungen legt tatsächlichen Therapiebedarf und gutes Matching nahe, sofern Zuweiser über ausreichend Information verfügen • Hoher Selbstzuweiseranteil kann aber auch hohes Problembewusstsein in Bevölkerung signalisieren
Assessment und Bewilligung	Ohne Assessment haben Nachfrage und medizinisch induzierter Bedarf einen geringeren Überschneidungsbereich als mit Assessment. Je nach Anbindung der durchführenden Person(en) variiert Anreiz für anbieterinduzierte Nachfrage: • höher bei den behandelnden PT • neutral bei (unbeeinflussten) externen GutachterInnen • gering bzw. mit höherem Interesse an ressourcenschonender Inanspruchnahme (aller Gesundheitsressourcen) bei GutachterInnen der KV-Träger, sofern keine hohen Folgekosten bei „Verschleppen“ erwartet werden oder Folgekosten externalisiert werden können
Einheitliche, formalisierte Kriterien	• Höhere Gerechtigkeit, vor allem wenn genügend flexibel formuliert (Niemand „fällt durch den Rost“) • Je nach „Ausgefeiltheit“ weniger Aufwand durch Routine, für PT und Zahler • Informations- und Abstimmungsaufwand bei Einführung, auch wegen Standesinteressen KS, PS: + in längerer Frist PTS: + oder -- denkbar
Therapeutenwahl	Besseres Matching möglich, erfordert aber Information
Therapieformen (Gruppen/ Einzeltherapie, neue Formen)	Gruppentherapie steigert Kapazität, ist nicht immer zielführend oder akzeptiert

Anmerkungen: „+“: von Vorteil, „--“: nachteilig.

KS: Sicht der KV-Träger, PS: PatientInnensicht, PTS: Sicht der PsychotherapeutInnen.

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

3. Vergleich der Versorgungsmodelle in Österreich

3.1. Zugang

3.1.1. Verortung der Zuständigkeiten

Tabelle 4 liefert eine Übersicht, an welchen Stellen – wie behandelnde PT oder Anbieterorganisation – einige Weichenstellungen für den Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung als Sachleistung verortet sind. Die Verortung ist aufgrund von zwei Gesichtspunkten von Bedeutung: Erstens, bedingen unterschiedliche Verortungen unterschiedliche Anreizstrukturen (vgl. Arbeitshypothesen in Tabelle 3), und zweitens steht die Anbindung der EntscheidungsträgerInnen in einem Wechselspiel mit den Möglichkeiten, eine treffsichere Priorisierung vorzunehmen, insbesondere bei Angebotsknappheit (vgl. Abschnitt 2.3.3).

In zwei Bundesländern, Burgenland und Kärnten, findet der **Erstkontakt** zwingend in einer Institution statt. Im Burgenland ist ein Erstgespräch mit einer/einem PT des Vereins in den Räumlichkeiten der BGKK vorgesehen (darf aber auch in der Praxis stattfinden), während in Kärnten der Zugang zur Psychotherapie im Vereinsmodell über (irgend)eine der Versorgungsinstitutionen erfolgen muss, ohne Festlegung, welche Versorgungsinstitution für welche PatientInnen zuständig ist.

In Niederösterreich und Oberösterreich bestehen Clearingstellen (CS), die für einen Erstkontakt zur Verfügung stehen. In diesen sind ausgebildete PT beschäftigt, um bereits beim Eingangsgespräch eine erste Weichenstellung vornehmen zu können, indem generelle Beratung und Aufklärung im Zusammenhang mit einem allfälligen Therapiebeginn angeboten werden, siehe Abschnitt 3.1.2. In allen anderen Bundesländern ist es den PatientInnen freigestellt, an welche oder welchen der am Versorgungssystem teilnehmenden PT sie sich wenden wollen, oder ob sie sich erst an einen der Versorgungsvereine wenden wollen. In Wien und der Steiermark wird der Erstkontakt über die jeweiligen Vereine empfohlen, sodass im Vorfeld bereits Informationen geboten werden können. In Tirol wurde das Beratungsangebot gerade vom Bereich KuJ auf das gesamte PatientInnenspektrum ausgedehnt. In Salzburg wird explizit im Vorfeld keine Beratung angeboten, sondern es werden nur Listen von PT mit freien Kapazitäten ausgegeben, da man der Ansicht ist, dass individuelle Beratung (im Gegensatz zu allgemeiner Information) im Vorfeld in dieser Form nicht qualitätsgesichert möglich ist; es wird höhere Relevanz in Überweisungen durch PsychiaterInnen gesehen, die die PatientInnen bzw. deren Bedarf besser einschätzen können als eine Clearingstelle.

Tabelle 4: Verortung von Weichenstellungen des Zugangs zu PT ("Was passiert wo")

	Erstkontakt	Assessment	Priorisierung
BGL	PT des Vereins	z.T. in GKK-Räumen	Unabhängige Interventionsgruppe (6-8 PT)
K	zwingend in einer der Institutionen	Institution	
NÖ	Clearingstelle oder PT	Verein oder PT	
OÖ	Clearingstelle oder PT	Verein oder PT	
SBG	PT		KV-Träger
STMK	Verein oder PT		
Tirol	PT		Begutachungskommission der Gesellschaft
Wien	PT oder Verein	PT	KV-Träger

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Das **Assessment**, die Feststellung ob eine krankheitswertige Störung vorliegt, die nach Vorgabe des jeweiligen Vereinsmodells zur Inanspruchnahme von PT berechtigt, wird in allen Bundesländern durch ausgebildete PT vorgenommen, die am jeweiligen Versorgungsmodell teilnehmen. Je nach Vereinsmodell hat die Örtlichkeit unterschiedlich starken institutionellen Charakter (im Gegensatz zu einer einzelnen Praxis): Nur im Burgenland erfolgt das Assessment meist in GKK-Räumlichkeiten. In den anderen Bundesländern erfolgt das Assessment in den Räumlichkeiten des Vereins oder der einzelnen Praxis.

In Salzburg und seit kurzem in Wien behält sich der KV-Träger die **Priorisierung** über die Vergabe der Sachleistungsplätze vor. In den anderen Bundesländern ist die Entscheidung über die Priorisierung zu Therapiebeginn teils ausgelagert an spezielle Gremien (Burgenland, Tirol) und teils an die Vereine oder die individuellen PT, die sich zur Einhaltung bestimmter, mehr oder weniger stark formalisierter Kriterien verpflichtet haben.

Es gibt vor jeder psychotherapeutischen Behandlung definierte Verfahren der Beantragung (durch die PatientInnen bzw. durch die PT) und **Bewilligung** der Behandlung. So sind die PT verpflichtet, die gesetzlichen Zugangsbestimmungen einzuhalten wie die vorgesehene ärztliche Abklärung möglicher somatischer Ursachen vor der 2. Sitzung. Prinzipiell liegt die

Zuständigkeit für die Bewilligung der Behandlung beim KV-Träger, wobei Unterschiede bei den konkreten Modalitäten bestehen (vgl. Abschnitt 3.1.5):

- Bewilligungsfrei sind meist die ersten 10 Sitzungen (Ausnahmen Burgenland: 5, Salzburg bei Gruppen-, Familien-, Paar-Sitzungen: 5). In Tirol ist nach der 10. Sitzung die Kommission, nicht der KV-Träger mit der Einschätzung des Behandlungsbedarfes betraut.
- Bewilligt werden beim Erstantrag meist 10 Stunden (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Tirol), in Salzburg, Niederösterreich und in Wien liegt das Maximum höher.
- Im Zuge der Bewilligung wird in den meisten Modellen auf die individuellen PatientInnen eingegangen. Das ausgefeilteste Modell hierbei wird bereits seit knapp 10 Jahren in Salzburg angewandt, in Wien erfolgt derzeit eine Umstellung mit einem Antragsformular, das einige ähnliche Elemente wie im Salzburger Modell abfragt. Ausnahmen sind Niederösterreich und die Steiermark, wo die KV-Träger keine regelmäßige Überprüfung der Einzelfälle vornehmen sondern die Entscheidung an die Vereine delegiert haben.

3.1.2. Zentrale Anlaufstelle vs. dezentraler Zugang

Möchte man mehr Personen mit psychischen Störungen bewegen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, werden allgemeine Informationskampagnen nicht ausreichen. Es erscheint vielversprechender, Zuschnitt der und Zugang zu Leistungen so zu gestalten, dass materielle wie persönliche Kosten bei Inanspruchnahme möglichst gering, aber der potenzielle Nutzen möglichst groß sind (Richards, Bower 2011). Diese Überlegung trifft insbesondere auf den Erstkontakt zum System zu, da hier noch allfällige Stigma-Effekte und psychologische Hürden eine Rolle spielen können. In Österreich bestehen verschiedene Grundtypen, wie der Erstkontakt zu PT als Sachleistung in den Bundesländern geregelt ist.

Zentrale Anlaufstelle

Für den Zeitraum 1.1.2013 bis 31.12.2014 wurde in **Niederösterreich** die „Clearingstelle für Psychotherapie“ als Pilotversuch eingerichtet, die von den Vertragspartnern NÖGPV (Niederösterreichische Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung) und VaP (Verein für ambulante Psychotherapie) geführt wird⁶. Der Zweck ist die Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Behandlung für die PatientInnen, die zielgerichtete Steuerung und damit eine Verbesserung der Versorgung. In der CS arbeiten ausgebildete PT. Die CS kann grundsätzlich telefonisch oder schriftlich in Anspruch genommen werden, und zwar von Montag bis Freitag vormittags und weiters an zwei Nachmittagen. Das Angebot der CS

⁶ Zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichtes war noch nicht im Detail bekannt, welche Änderungen bei der Fortführung der CS umgesetzt werden sollen.

richtet sich an PatientInnen, denen nicht nur grundsätzliche Information über Therapie, Schwerpunkte und Modalitäten (wie Selbstbehalte) geboten werden, sondern Angebote bis zur Indikationsstellung und Vermittlung von Gruppentherapie. Hierzu erfolgte im Jahr 2014 seitens der CS der Aufbau einer Datenbank, mit deren Hilfe festgestellt wird, welche PT auf bestimmte Krankheitsbilder spezialisiert sind, wer Gruppentherapie anbietet, wie lange die Wartezeiten bei den einzelnen PT sind, ob diese freie Plätze zur Verfügung haben und anderes. Weitere Verbesserungen und Erweiterungen der Datenbank sind in Planung, wie die Erfassung der Stammdaten und Kapazitäten der PT in Versorgungsvereinen, aber auch der Wahl-PT.

PatientInnen, die die CS kontaktieren, werden bezüglich PT beraten, wobei Spezialisierung, örtliche Nähe, Wartezeiten, Gruppenangebot usw. eine Rolle spielen. Die Entscheidung für eine oder einen bestimmten PT liegt dann aber bei den PatientInnen.

Die Dringlichkeit der Behandlung und die soziale Bedürftigkeit werden in jedem Einzelfall besonders beachtet. Der Vertrag sieht vor, besonders auf die Betreuungsnotwendigkeiten von Kindern und Jugendlichen, alten Menschen, Suchtkranken, behinderten und an Psychosen leidenden Personen zu achten. Per 1.1.2013 und vorläufig befristet bis 31.3.2015 wurde das Kontingent für Kinder und Jugendliche aufgehoben, um einen unbeschränkten Zugang für die Jugend zu erreichen. Außerdem wird ab 1.1.2015 ein eigenes Kontingent für fit2work PatientInnen und BezieherInnen von Reha-Geld eingerichtet.

Im ersten Jahr zählte man 4.131 Kontakte in der CS, hiervon waren rund drei Viertel Frauen und ein Viertel Männer. Rund 8 Prozent waren unter 18 Jahre alt. (NÖGKK, Jahresbericht 2013)

In **Oberösterreich** besteht seit 1.6.2010 eine Clearingstelle, die telefonisch oder per e-mail von den Anspruchsberechtigten kontaktiert werden kann. Ohne Vermittlung der CS ist die Inanspruchnahme der Vertragsvereine PGA und OÖGP nicht vorgesehen. Es werden den Versicherten daher auch keine Therapeutenlisten mehr zur Verfügung gestellt sondern auf die Kontaktaufnahme mit der CS hingewiesen. Die CS bietet Erstberatung und sofern noch keine Diagnose bekannt anamnestische Abklärung, Beratung über die in Frage kommenden PsychotherapeutInnen, Einrichtungen (Psychiatrie, Sozialberatungsstellen, Frauenhaus, Familienberatungsstellen, tiergestützte Therapieformen, Männerberatung, u.ä.) und anderen Berufsgruppen (LSB, PsychologInnen, PsychiaterInnen) sowie Aufklärung über finanzielle und administrative Aspekte wie Zugangsbedingung des jeweiligen Sozialversicherungsträgers. Bei der Beratung können diagnosenspezifische Anforderungen, Einzel- und Gruppentherapie, Verfügbarkeit berücksichtigt werden. Als Ergebnis bekommen die AnruferInnen einen konkreten Kontakt oder kommen ggfs. auf die Warteliste. Die Entscheidung über Sachleistungsplatz oder Kostenzuschuss obliegt dann aber den behandelnden PT.

Dezentrale Anlaufstellen

In **Kärnten** ist beim Zugang zu PT verpflichtend der Erstkontakt über eine Institution vorgesehen. Die Vereine sind zur Anwendung der jeweils individuell optimalen Methode verpflichtet. Zu diesem Zweck verpflichtet sich der Verein mit der oder dem Anspruchsberechtigten ein "Eingangsgespräch" zu führen. Anlässlich dieses Gespräches soll die unter diagnostischen, therapeutischen und ökonomischen Aspekten optimale Psychotherapiemethode und Behandlungsform ausgewählt werden.

Vorgaben, in welcher Form die Bewertung dieser Kriterien zu erfolgen hat, bestehen nicht.

Im **Burgenland** besteht eine Verpflichtung zu einem Erstgespräch mit einer oder einem PT des Versorgungsvereins, das zu festen Sprechstunden in den Bezirksstellen der BGKK geführt wird, aber auch in der Praxis von am Modell teilnehmenden PT erfolgen kann. Dass die Anlaufstelle in den Räumen der GKK ist, soll die Zugangshürde verringern. Über die Vergabe der Sachleistungsplätze entscheidet dann eine unabhängige Interventionsgruppe aus 6 bis 8 PT.

Eintritt über (am Modell teilnehmende) PT

In einigen Bundesländern bestehen Modelle, die beim ersten Zugang keine spezifische Anlaufstelle vorsehen, sondern in denen die PT typischerweise direkt von den PatientInnen kontaktiert werden. Ergänzend bestehen meist Hotlines der Vereine und/oder Internetportale, an denen von den PatientInnen diverse Informationen allgemeiner Natur abgerufen werden können, aber z.T. auch offene PT-Plätze eruiert werden können.

In **Salzburg** melden sich die PatientInnen bei den Vertrags-PT, die dann im Gespräch die passende der drei parallelen Schienen der psychotherapeutischen Versorgung feststellen. Für schwer Erkrankte besteht ein Sachleistungsmodell mit 13,80 Euro Zuzahlung pro Sitzung (Kinder sind zuzahlungsfrei), für schwer erkrankte, wirtschaftliche schwache Person wird vom Land Salzburg eine i.d.R. zuzahlungsfreie, ergänzende Versorgungsschiene haupt- und von der SGKK ko-finanziert. Daneben besteht, wie in allen Bundesländern, der Kostenzuschussbereich der Therapie über nicht am Vereinsmodell teilnehmende PT. Wie in einigen anderen Bundesländern kann auf einer Website des Vereins (www.arge-psychotherapie.at) unter verschiedenen Kriterien (wie Ort, Alter und Setting) nach passenden PT gesucht werden. Das Salzburger Modell besteht seit ca. 10 Jahren ohne große Veränderungen.

Die **Steiermärkische** Gebietskrankenkasse hat mit dem Steirischen Landesverband für Psychotherapie und seit 2007 auch mit dem Verein für ambulante psychologische Psychotherapie (VAPP) Verträge über Sachleistungskontingente abgeschlossen. Diese Vereine sind nun für die Vertragsabschlüsse mit den PT, die Verteilung der Sachleistungsplätze und die Abrechnung zuständig. Ob ein Sachleistungsplatz gewährt wird

hängt vom verfügbaren regionalen Kontingent und der Entscheidung der PT ab. Die PatientInnen kontaktieren den Verein und werden hinsichtlich Gruppen- oder Einzeltherapie, der Person der PT und anderer therapierelevanter Aspekte beraten. PatientInnen wird zwar empfohlen, erst den Verein zu kontaktieren, direkter Kontakt über die PT ist aber auch möglich.

In **Tirol** können sich PatientInnen selbst an die Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols (Ges. f. P.V.T.) wenden, direkten Kontakt zu den PT aufnehmen bzw. werden durch die psychosoziale Beratungsstelle, andere PT, Ärzte und Ambulanzen in die dynamische Bedarfsfeststellung eingemeldet. Sie erhalten im Anschluss daran eine Liste von PsychotherapeutInnen mit freien Modellplätzen aus den von ihnen vorher angegebenen Wunschbezirken von der Ges. f. P.V.T. zugesendet, zu denen sie selbst Kontakt aufnehmen und einen Termin vereinbaren. Die Hotline der Gesellschaft dient als erste Anlaufstelle auch dazu, den PatientInnen Hilfestellungen zu geben, zuzuhören und zu beraten, sie über das Procedere und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme einer Psychotherapie zu informieren oder Termine mit der psychosozialen Beratungsstelle zu koordinieren.

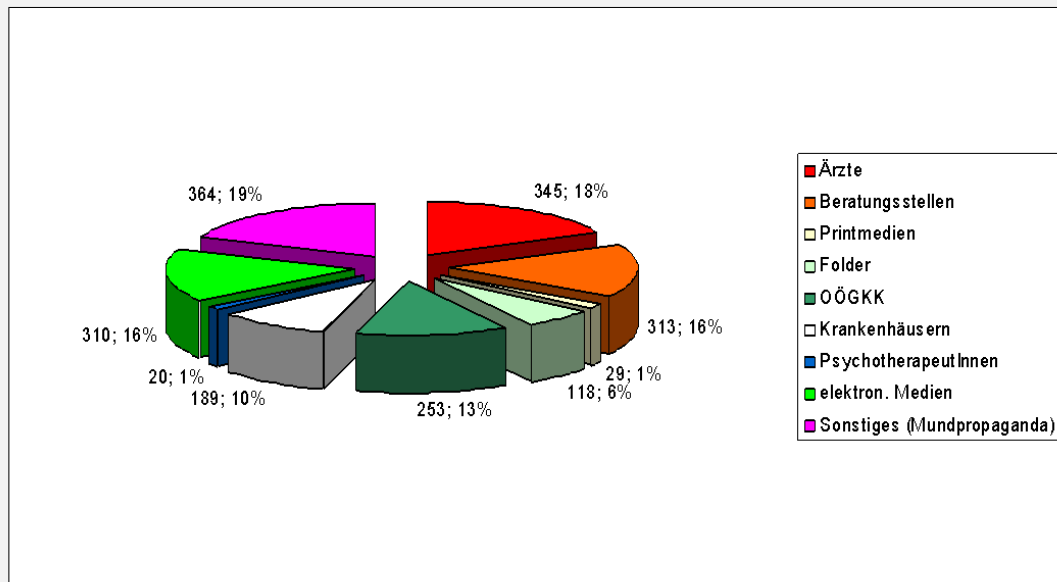
In **Wien** erfolgt der Erstkontakt im Wesentlichen gleich wie im steirischen Modell; die Entscheidungsfindung über die Vergabe der Sachleistungsplätze liegt im Bereich der/des einzelnen PT, die die vertragliche Verpflichtung haben, wenn möglich PatientInnen mit schweren Störungen und/oder in sozial schwieriger Lage vorzuziehen.

3.1.3. Veranlassung des Erstkontakts

Da in der österreichischen Primärversorgung kein „Gatekeeping“ für PT installiert ist, stellt sich die Frage, ob PatientInnen primär über professionelle Veranlassung (wie Hausärztin oder –arzt, andere Gesundheitsversorger, Beratungsstellen, Schule...) oder eigeninitiativ (inklusive der Veranlassung durch Familie und Freunde) den Weg in die Therapie finden. Selbst wenn beim Erstkontakt die Frage nach Überweisung oder Empfehlung gestellt wird, sind daraus nur bedingte Aufschlüsse über den Weg in die Therapie zu erwarten: Oft sind mehrfache Hinweise notwendig, damit eine Person sich zu einem Erstgespräch entschließen kann, welcher Kontakt dann den Ausschlag gibt, kann dann einer gewissen Zufälligkeit unterliegen. Die Frage nach allfälligen Überweisungen oder Empfehlungen wird in der Regel nicht systematisch erhoben, d.h. unabhängig davon, ob dieses Thema (regelmäßig) Teil des Erstgespräches ist, wird diese Information nicht über die einzelne Praxis hinaus zusammengefasst. Es liegen nur sehr vereinzelt Angaben vor, die unten stehend wiedergegeben werden.

Die Evaluation der CS in Oberösterreich über den Zeitraum 1.7.2010-30.6.2011 ergab, dass der Zugang vor allem über professionelle Veranlassung gesucht wurde. Ärztinnen und Ärzte, Beratungsstellen, GKK und Krankenhäuser machen gemeinsam 57 Prozent aus, vgl. Abbildung 2.

Abbildung 2: Zugangswege zur Clearingstelle

1941 AnruferInnen wurden vermittelt von/über ...

Quelle: Clearingstelle Psychotherapie (o.J.)

Zusätzlich lieferte die CS im Herbst 2014, also nach einigen Jahren Erfahrung, einige weitere Auskünfte über den Erstkontakt. Demnach haben geschätzte 15 bis 20 Prozent der AnruferInnen konkrete Fragen zum Thema „Kinder & Jugendliche“ („mein Kind verhält sich irgendwie anders als ...“, „die Lehrerin hat gemeint, dass ...“), ca. 30 bis 40 Prozent haben eine „Überweisung“ vom Chefarzt, (Reha)Facharzt oder Hausarzt, schon mit konkreten Anforderungen im Hinblick auf die „Dramatik“ der Verfügbarkeit und Zuweisung. Die Mehrzahl der (Beratungs-)Gespräche dreht sich um die Themen Erschöpfungsdepression / Burnout, Depression, Angst- und Panikattacken, aber auch oft psycho-educative Elemente im Sinne der Aufklärung.

Aus Wien liegen Auswertungen des Vereins Die Boje vor, der sich der Akuthilfe für Kinder und Jugendliche in Krisensituationen verschrieben hat und als Vertragsambulatorium für eine breite Palette von KV-Trägern fungiert. Dort fanden in den Jahren 2012 und 2013 jeweils rund 20 Prozent aller PatientInnen auf Anregung von Eltern, Freunden oder Verwandten den Weg in die Therapie, gefolgt von 14 bis 17 Prozent Zuweisungen aus dem Krankenhaus (Bogyi, Rüscher 2013, 2014).

Aus Tirol liegen einige Informationen im Zusammenhang mit dem System der sogenannten dynamischen Bedarfsfeststellung vor. Derzeit melden 120 PsychiaterInnen, Ambulanzen und Krankenanstalten und 360 PT PatientInnen in dieses System ein; auch bei letzteren hat der

Kontakt zur Patientin oder zum Patienten bereits stattgefunden. Die Verteilung der PatientInnen liegt dabei jedoch bei 50:50; d.h. dass 50 Prozent der PatientInnen von den 360 PT und 50 Prozent von den 120 anderen TeilnehmerInnen eingemeldet werden. Diese Information ist freilich etwas anders zu werten als die zuvor besprochenen Informationen aus Wien und Oberösterreich, da ja über den Auslöser, überhaupt professionelle Hilfe bezüglich Mental Health zu suchen, daraus nichts hervorgeht.

3.1.4. Assessment

Die Bundesländermodelle unterscheiden sich hinsichtlich der Aspekte, die im Assessment zu berücksichtigen sind, und darin ob und wie diese konkretisiert sind.

Hinsichtlich der Krankheitswertigkeit gehen das steirische und das oberösterreichische Modell von den gesetzlichen Vorgaben (Krankenbehandlung im Sinne der §§ 120 Abs. 1 Z1 und 133 Abs. 2 ASVG, unter Voraussetzung § 135 Abs. 1 Z3 ASVG, also der Listeneintragung des/der PT) ohne weitere Konkretisierung aus. Die Versorgungsvereine in der Steiermark sind vertraglich verpflichtet, die Sachleistungsplätze in erster Linie an Anspruchsberechtigte zu vergeben, "welche diese am dringendsten benötigen; bei mehreren Anspruchsberechtigten mit gleicher Behandlungsbedürftigkeit entscheidet die soziale Bedürftigkeit des Patienten". Eine Abstufung nach Krankheitsschwere ist beim Eintritt ins System nicht gefordert, erst bei Abrechnung ist der ICD-Code anzugeben. Kärnten stützt sich vor allem auf die ICD-Diagnose, im Burgenland und Niederösterreich wird ebenfalls ICD-10 angewandt, neben anderen Fragen zu Dringlichkeit (Burgenland) und therapie-spezifischen Aspekten wie geplanter Therapiedauer, -frequenz und -methode sowie allfälligen früheren Therapien. In Salzburg werden die wohl umfassendsten Informationen erhoben, die neben GAF-Wert und ICD-10-Diagnostik auch die Angabe einschlägiger Vorerkrankungen, detaillierte Angaben zum psychischen Status und anderes vorsehen. Wien setzt seit 2014 ein neues, ausführliches Antragsformular u.a. mit ICD-10-Diagnose, GAF-Wert sowie Inanspruchnahme anderer Leistungen ein, und Tirol stützt sich auf eine vollständige DSM-IV-Diagnostik.

Neben den medizinischen Kriterien berücksichtigen Burgenland, Oberösterreich, Salzburg und Wien auch die Dringlichkeit einer Behandlung; in Kärnten wird dieser Aspekt teilweise durch die Rücksichtnahme auf den Beruf abgedeckt. Für Oberösterreich liegt keine Konkretisierung vor, Salzburg und Wien verwenden den GAF-Wert. Wo ein spezielles Formblatt für Erst- bzw. Folgeantrag vorgesehen ist, werden i.d.R. auch therapeutische Aspekte (wie Anzahl und Frequenz bisheriger Sitzungen, Behandlungsmethode) abgefragt.

Die soziale Lage der PatientInnen wird in Salzburg durch das Modell für wirtschaftlich Schwache in Kooperation mit dem Land abgedeckt. In Oberösterreich soll dieser Aspekt ebenfalls berücksichtigt werden, die Kriterien sind aber nicht formalisiert. Die CS berichtet über Schwierigkeiten bei der Feststellung der sozialen Bedürftigkeit, insbesondere der

Ausschluss aus der Sachleistungsversorgung und der Verweis der CS auf die private Finanzierung hat schon zu einigen Beschwerden geführt.

Tabelle 5: Assessment-Kriterien nach Bundesländern

	Assessment-Kriterien	Konkretisierung
Burgenland	diagnostische Aspekte therapeutische Aspekte ökonomische Aspekte Priorisierung schwerer Fälle ist vorgesehen	ICD-10 vierstellig
Kärnten	diagnostische Aspekte therapeutische Aspekte ökonomische Aspekte	Schwere der Krankheit (ICD), Beruf
Niederösterreich	diagnostische Aspekte therapeutische Aspekte	Schwere der Krankheit (ICD-10, „Schweregrad“ 1-6)
Oberösterreich	Dringlichkeit soziale Bedürftigkeit	keine
Salzburg	1) Schwere der Krankheit 2) Dringlichkeit 3) Soziale Bedürftigkeit (im WS-Modell)	1) ICD-10, psychischer Status 2) u.a. GAF-Wert 3) Kooperation mit Land für BezieherInnen von Mindestsicherung
Steiermark	Verweis auf ASVG Bestimmungen Bevorzugung sozial Schwächerer gewünscht	keine
Tirol	schwere oder schwerste psychische oder psycho- somatische Störung (seit 2014 bei KuJ nicht mehr gefordert)	vollständige DSM IV Diagnostik
Wien	1) Schwere der Krankheit 2) Dringlichkeit	1) u.a. ICD-10 2) u.a. GAF-Wert

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Inwieweit die PatientInnen über private Ressourcen und Unterstützung bei der Problembewältigung verfügen, wird nicht auf regelmäßiger Basis mit berücksichtigt.

3.1.5. Erstbewilligung und Bewilligung von Verlängerungen

Der Grad der Formalisierung des Bewilligungsverfahrens weist eine sehr große Bandbreite über die Bundesländer hinweg auf, von sehr geringer Reglementierung durch den KV-Träger wie in Kärnten bis zu sehr ausdifferenzierter Reglementierung wie in Salzburg.

Bewilligt werden beim Erstantrag meist 10 Stunden (Burgenland, Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Tirol), in Salzburg, Niederösterreich und in Wien liegt das Maximum höher. Bei

Folgeanträgen bestehen meist weniger klare Stundenlimits, die individuelle Komponente wird stärker, vgl. Tabelle 6.

Zwei KV-Träger (Niederösterreich, Steiermark) delegieren auch die individuelle Beurteilung beim Erstantrag an den Verein, nachdem bereits – wie in den anderen Bundesländern – die ersten 10 Stunden bewilligungsfrei durchgeführt werden können. Im Grunde ist dies auch der Fall in Tirol, wo zwei Begutachtungskommissionen der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols dies übernehmen. Jede Kommission besteht aus je 3-5 PT mit einem FA für Psychiatrie mit PT-Qualifikation, der oder die auch den Vorsitz übernimmt. Alle Mitglieder verfügen über mehrjährige Erfahrung auch in klinischer Psychiatrie, die Anträge sind anonymisiert und werden doppelt begutachtet. Die Kommission gibt dann die Finanzierungsempfehlung an die TGKK ab.

Im Tiroler Modell haben sich demnach die Gesellschaft und der KV-Träger auf ein relativ transparentes und qualitätsgesichertes Modell der Priorisierung geeinigt. In Niederösterreich hält der KV-Träger (nach unserem Wissensstand relativ unspezifiziert) die Vereine dazu an, Grundsätze wie Schwere der Krankheit und Dringlichkeit gebührend zu berücksichtigen, gibt aber vor, dass insbesondere zu achten ist auf die Versorgungsnotwendigkeiten von KuJ, älteren Personen, Suchtkranken, Personen mit Behinderungen und Personen die unter Psychosen leiden. In der Steiermark finden einzelne Verlaufskontrollen statt, wenn 150 Therapieeinheiten erreicht sind, was wohl eine sehr hohe Schranke darstellt. Entsprechend diesen zurückhaltenden Vorgaben, wird auch bei den Kriterien zur Bedarfsfeststellung auf die Erfüllung der gesetzlichen Normen (Krankenbehandlung im Sinne der §§ 120 Abs. 1 Ziff. 1 und 133 Abs. 2 ASVG, unter Voraussetzung § 135 Abs. 1 Ziff. 3 ASVG [Listeneintragung des/der PT]) hingewiesen, ohne diese näher zu operationalisieren. Die anderen KV-Träger beurteilen die einzelnen Anträge hinsichtlich der Schwere der Krankheit, z.T. mit nur sehr eingeschränkter bzw. einseitiger Operationalisierung (ICD Code), z.T. ohne dass uns konkrete Informationen vorliegen, wie die Behandlungsbedürftigkeit beurteilt und berücksichtigt wird (Ausnahme Salzburger Modell).

Ein Trade-Off zwischen hohem Formalisierungsgrad und hoher Anzahl bewilligter Stunden ist kaum zu erkennen. Gerade Bundesländer mit wenig formalisierten Bewilligungskriterien (Kärnten, Steiermark, Niederösterreich) sind bei der Bewilligungsdauer bei Folgeanträgen eher unspezifisch. Damit verfügen die Vereine dort über besonders hohe Eigenverantwortung im Umgang mit Sozialversicherungsgeldern. Das stark formalisierte Salzburger Modell liegt im Bereich längerer bewilligter Therapiedauern, aber keineswegs an der Spitze, was sowohl verwaltungsökonomisch als auch im Hinblick auf den Fokus hohe Krankheitsschwere (wahrscheinlich weniger bei hoher Dringlichkeit) argumentierbar wäre. Es ist aber festzuhalten, dass das Bewilligungsprocedere im Fluss ist: sowohl Wien (mit relativ hohen maximalen Bewilligungsdauern) als auch Niederösterreich (mit bislang kaum wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten des KV-Trägers bei Erstanträgen) sind dabei, das Procedere neu zu strukturieren.

Tabelle 6: Ländermodalitäten im Bewilligungsverfahren

	Individuelle Bewilligung?	Bewilligte Stunden bei Erstantrag	Bewilligte Stunden bei Folgeantrag	Andere Bewilligungsvoraussetzungen für Folgeanträge?
B	Ja, vor allem Schwere d. Krankheit	10-15	max. 20-30, bei schweren Fällen bis zu 50	nein
K	Ja, Schwere d. Krankheit, Beruf	10	Entscheidung durch Therapeuten, u.U. iVm. Sachbearbeiter der KGKK	nein
NÖ	nein, delegiert an Vereine	max. 50 (inkl. 10 bewilligungsfreie Stunden)	neue Bewilligungsstrategie in Paketen zu je 40 Sitzungen mit spezifischen Anforderungen (Zweitbegutachtungen, kl.-psych. Diagnostik) in Vorbereitung	Bewilligung durch Expertenteam nach Ausschöpfen der Maximalstundenanzahl von 130 Stunden (neu geplantes Verfahren)
OÖ	Ja, primär Schwere d. Krankheit, ab 60. Einheit Bewilligung durch Gremium	10	Ab 11. Einheit durch Chefarzt, ab 60. Einheit durch Gremium (ChA + FA f. Neurologie und Psychiatrie)	Ja, Angaben über Krankheitsbild und Sitzungsfrequenz zwingend erforderlich
SBG	sehr detailliert und formalisiert inkl. Schwere d. Krankheit, Lebensumstände, "GAF"-Wert	ca. 30-40, max. 50	individuell: durchschnittlich 30, max. 50	nein
St	nein, ab 150. Einheit manchmal Überprüfung des Verlaufs durch Gremium	10	nach Bedarf	nein
T	bevorzugt f. soz. Schwache, schwere Fälle; ansonsten Ermessen der PT	bis zu 10	nach Bedarf, Folgeanträge ab der 40. bzw. 160. Stunde erforderlich	nein
W	Oft ergänzende Befunde	max. 70-80	max. 70-80	nein

Quelle: Hauptverband (2013).

3.1.6. Choice / Empowerment

Eine „freie Wahl“ im eigentlichen Sinn kann nur gegeben sein, wenn bei Entscheidungsfindung entsprechende Informationen über die Alternativen vorliegen (und

zwar in einer Form, die für die Betroffenen auch verständlich ist). Dies ist am patientInnenfreundlichsten dann der Fall, wenn diese Informationen erstens an einer Stelle zusammenlaufen, und zweitens auch so aufbereitet sind, dass auch den Laien klar wird worüber eine Entscheidung sinnvoll und möglich ist. Wir betrachten hier zwei Entscheidungsmöglichkeiten der PatientInnen: erstens, bei welcher oder welchem PT soll eine allfällige Therapie stattfinden, und zweitens in welchem Setting soll dies geschehen? Es ist nicht immer klar welche der beiden Fragen zuerst entschieden wird: Wird den PatientInnen eine bestimmte Therapeutin per Mundpropaganda empfohlen, kann die Frage des Settings zweitrangig sein; andererseits mögen manche PatientInnen bestimmten Therapieformen so ablehnend gegenüberstehen, dass die Frage der konkreten durchführenden TherapeutIn zweitrangig wird.

Als Ergebnis für die betrachteten Ländermodelle zeigt sich, dass für die PatientInnen i.d.R. sehr wohl die freie Auswahl unter den PT, die am jeweiligen Versorgungsmodell teilnehmen, besteht. Eine Beschränkung ist eher durch die verfügbaren Kapazitäten vorgegeben als durch starre Zuteilungsregeln.

Bezüglich der Therapieform, insbesondere Gruppen- oder Einzeltherapie, ist ein Einvernehmen zwischen PT bzw. beratender Stelle und PatientIn herzustellen, je nachdem welche Form im konkreten Fall geeignet ist. Entsprechende Information und Beratung wird (spätestens) beim Erstgespräch mit der oder dem PT geleistet. Ist eine CS vorgeschaltet, wird jedenfalls dort auch Beratung angeboten. Wo Beratung geboten wird, sind die Stellen durch Personen mit PT-Ausbildung besetzt. Die bestehenden Informationsangebote (Hotlines der Vereine, CS) variieren bezüglich Informationsumfang (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Informationsangebot der Hotlines

	Beratung über Art der Angebote u individuelle TherapeutInnen	Info freie Kapazitäten
Burgenland		
Kärnten	Je nach	Verein
Niederösterreich – CS statt Vereinshotline	Ja	Ja
Oberösterreich – CS statt Vereinshotline	Ja	Ja
Salzburg	Nein, nur allgemeine Info und Liste über Vertragspartner	Nein, aber über www mit Suchkriterien
Steiermark	Ja	Ja, auch über www mit Suchkriterien
Tirol	Ja	Ja
Wien	Ja	Ja, auch über www

Quelle: IHS HealthEcon 2014.

Es liegen keine Evaluationen über den Effekt der Beratungsangebote vor. Damit kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, ob die Erwartung bestätigt wird, dass umfangreichere Beratung bezüglich Person der oder des PT, Behandlungssetting... die Therapiedauer oder das Therapieoutcome beeinflusst. Es hat sich aber in Nieder- und Oberösterreich gezeigt, dass Aufklärung über das Behandlungssetting Gruppentherapie offenbar Vorbehalte gegenüber dieser Therapieform abbauen konnte, sodass inzwischen mehr Gruppen zustande kommen, was wiederum die Kapazitätsengpässe vermindern hilft. Die Ausgangsbasis beim Anteil Gruppentherapie war in Oberösterreich aber besonders niedrig vgl. (Tabelle 8; die niederösterreichische Entwicklung ist noch zu neu um in den Zahlen aufzuscheinen).

Eine „natürliche Grenze“ für diese Kapazitätserweiterung via Gruppentherapie ergibt sich klarerweise dadurch, dass weder alle PatientInnen noch alle Therapiearten für Gruppentherapie geeignet sind. In Kärnten stellt sich nach Aussagen von Vertretern der KGKK vor allem am Land das Problem, Gruppen „zusammenzubekommen“. Allerdings liegt in Kärnten der Stundenanteil im Setting Gruppentherapie weit höher als in den anderen Bundesländern, aus denen eine Aufteilung bekannt ist. Möglicherweise wurde der zwingende Zugang über die Institutionen im Verbund mit Institutionen, die i.d.R. nicht berufsständisch, sondern problemorientiert aufgebaut sind, schon früher als in anderen Bundesländern dafür genutzt, einerseits auf PatientInnenseite Vorbehalte gegenüber dem Setting Gruppentherapie abzubauen, und andererseits gerade durch den problemorientierten Ansatz der Institutionen eher „zueinander passende Gruppen zusammenzubekommen“. Es muss allerdings auch festgehalten werden, dass gerade in den Bundesländermodellen mit hohem Anteil an Gruppentherapie, Kärnten und Burgenland, die Versorgung mit Psychotherapiestunden vergleichsweise niedrig ist. Ein „sauberer“ Vergleich an durchgeführten Stunden je 100 Versicherten o.ä. ist zwar aufgrund der unzureichenden Datenlage nicht möglich (vgl. Kapitel 3.3), die vorliegenden Informationen legen aber für diese beiden Bundesländer ein deutlich niedrigeres Stundenvolumen als in den anderen Bundesländern nahe.

Auf Seiten der PT ist Gruppentherapie administrativ aufwändiger, und wird in der Regel höher entlohnt um dies auszugleichen. In Tirol ist im Bereich Kinder und Jugendliche die Hotline auch für TherapeutInnen unterstützend tätig, um hier die Anfragen nach Gruppenpsychotherapien zu koordinieren. Außerdem wurden in Tirol die Anforderungen für ZweittherapeutInnen gelockert, um die Kapazität für Gruppentherapie zu erweitern. In der Steiermark wurden Vereinfachungen bei der Abrechnung vorgenommen, um die Durchführung von Gruppentherapie zu unterstützen. Zusätzlich sieht eine neue Vereinbarung mit einem der Vereine nunmehr Gruppen mit mindestens 90, 120 und 180 Stunden vor.

Außerdem hat Gruppentherapie andere räumliche Voraussetzungen, die in vielen Einzelpraxen nicht erfüllt werden dürften. Um diese Hürde abzubauen, wird in Salzburg von

Seiten des KV-Trägers überlegt, Räume zur Verfügung zu stellen und die Administration der Gruppen zu übernehmen, um diese Hürden abzubauen. Generell werden Gruppentherapien in Salzburg eher als unterstützendes Angebot gesehen und machen derzeit keinen nennenswerten quantitativen Anteil am gesamten Sachleistungs- und Kostenzuschussangebot aus. Selbst die vergleichsweise häufigeren Paartherapien machen mit 166 von insgesamt über 69.000 Sachleistungsstunden nur einen marginalen Anteil aus.

Im Burgenland laufen Gespräche zwischen KV-Träger und dem Verein IPR zur möglichen Förderung von Gruppentherapie gerade an. Es wurde aber schon ein Pilotprojekt „Therapieanschlussgruppe“ vereinbart. Die Therapieanschlussgruppe steht Personen offen, die einer Einzeltherapie nicht mehr bedürfen, bei denen eine psychotherapeutische Betreuung im Rahmen einer Gruppentherapie aber noch notwendig bzw. sinnvoll ist.

Tabelle 8: Verteilung der Sachleistungsstunden nach Einzel- vs. Gruppentherapie

		Bgl.	Ktn.	NÖ	OÖ	Stmk	Tirol
Verteilung nach Einzel-, Gruppentherapie							
Einzeltherapie	2008	84%	58%	97%	99%	94%	100%
Gruppentherapie	2008	16%	42%	3%	1%	6%	0%
Einzeltherapie	2012	82%	65%	97%	85%	92%	100%
Gruppentherapie	2012	18%	35%	3%	15%	8%	0%
Mengenentwicklung 2008 – 2012 in Prozent							
Einzeltherapie		+3%	+17%	+15%	+33%	+7%	+31%
Gruppentherapie		+21%	-10%	-15%	+2255%	+64%	

Anmerkung: Im Bundesländervergleich ist die Verteilung als grober Richtwert zu verstehen, da die Erfassung der Stunden nicht völlig gleich erfolgt.

Quelle: IHS HealthEcon 2014 nach Angaben der KV-Träger.

Tabelle 8 weist die Entwicklung von Einzel- versus Gruppentherapiestunden für jene Bundesländermodelle aus, für die uns Zahlen vorliegen. Allerdings können hierin noch nicht die neuesten Entwicklungen abgelesen werden. So arbeitet die CS in Niederösterreich erst seit 1.1.2013 und klärt eben u.a. über Gruppentherapie auf, wofür in Niederösterreich ja kein oberes Limit besteht. Seither konnten einige neue Gruppen ins Leben gerufen werden, die in der Statistik noch nicht aufscheinen.

In Tirol gibt es seit 2013 die Möglichkeit von Gruppentherapie für KuJ. Diese wird auch auf Seiten der PatientInnen dadurch unterstützt, dass eine Hotline für einschlägige Beratung eingerichtet wurde, und auf Seiten der PT dadurch dass auf Wunsch administrative Unterstützung durch die TGKK geleistet wird. Für Erwachsene wurden in Tirol Gruppentherapien im Rahmen der Sachleistungsversorgung bislang nicht angenommen. Allerdings gibt es für Erwachsene das Angebot von sogenannten Orientierungsgruppen, die durch die psychosozialen Beratungsstellen der TGKK in den Außenstellen der TGKK

angeboten werden und außerhalb der „Deckelsumme“ für das Vereinsmodell von der TGKK finanziert werden. Die Orientierungsgruppen dienen zwei Zielsetzungen: Zum einen können Personen in dieser gruppentherapie-ähnlichen Form die Zeit überbrücken, bis ein passender Sachleistungsplatz in Einzeltherapie für sie frei wird; erfahrungsgemäß brauchen manche PatientInnen dann allerdings diesen Umstieg zur Einzeltherapie gar nicht mehr. Zum anderen nutzen manche PatientInnen dieses kostenlose Angebot, um nach einem Aufenthalt in der Burn-Out-Klinik noch ein gewisses Maß an psychotherapeutischer Nachsorge in Anspruch zu nehmen (in diesem Fall ist die Bezeichnung „Orientierungsgruppe“ dann allerdings etwas irreführend). Das Feedback der PatientInnen was bislang durchaus positiv. Derzeit werden in Tirol sechs solcher Orientierungsgruppen geführt; Bedarf für weitere Gruppen wird zur Zeit nicht gesehen.

Die StGKK hat mit Geltung ab 1.1.2014 mit einem Verein die Abrechnung von Gruppentherapie neu geregelt und damit für die PT kalkulierbarer gemacht. Nunmehr wird ein Fixum pro PatientIn in der Gruppe verrechnet, das so angelegt ist, dass sich eine Gruppenstunde ab 4 PatientInnen „rechnet“, bei mehr PatientInnen je Sitzung ist der Verdienst der PT entsprechend höher. Damit wird gehofft, bei den PT das Interesse für Gruppentherapie zu steigern und so mehr PatientInnen versorgen zu können.

3.2. Qualität des Angebots

3.2.1. Zugangskriterien für TherapeutInnen in den Verein

In allen Bundesländern wird für die Teilnahme am Vereinsmodell zusätzliche Erfahrung in der Krankenbehandlung gefordert. I.d.R. bestehen verschiedene Varianten, wie diese Erfahrung nachgewiesen werden kann.

- Die Erfahrungsnachweise berücksichtigen i.d.R. sowohl Ausbildung im klinischen stationären Bereich als auch im ambulanten Behandlungssetting.
- Das konkrete Ausmaß dieser Erfahrung variiert aber durchaus: Während z.B. Kärnten, die Steiermark und Wien in einer Variante ein Jahr Krankenhaustätigkeit (in einer psychiatrischen Abteilung usw.) – Basis 40h-Woche verlangen, genügt in der vergleichbaren oberösterreichischen Variante ein Jahr Krankenhaustätigkeit mit mindestens 10h pro Woche. Das Burgenland liegt mit einem Jahr mit mind. 20h-Woche dazwischen, verlangt aber insgesamt zwei Jahre Krankenbehandlungserfahrung. In Salzburg wird zwar nur ein halbes Jahr Tätigkeit im stationären Bereich verlangt, aber ergänzend ein hohes Maß an psychotherapeutischer Krankenbehandlungserfahrung im nicht-stationären Bereich. I.d.R. stehen mehrere Varianten zur Verfügung, wie der Erfahrungsnachweis erbracht werden kann (Anteile von Erfahrung im stationären/nicht-stationären Bereich, Erfahrungen in welchen Einrichtungen sind zu berücksichtigen...)

- Im Salzburger Modell besteht eine klare Zuordnung zwischen Erfahrungsnachweis und Behandlungssetting: Im Modell für schwer Erkrankte höchste Anforderungen, im Kooperationsmodell mit dem Land Salzburg für die Versorgung wirtschaftlich Schwacher niedrigere Anforderungen.⁷ Außerdem bestehen spezielle Regelungen für Gruppen- und Familientherapie, die Therapie von KuJ sowie für den neuen Bereich der Rehabilitation.

Aus den anderen Bundesländern ist nicht bekannt, dass ein Bezug zwischen Art des Erfahrungsnachweises und Schwere der Krankheit hergestellt wird.

- I.d.R. bestehen gesonderte Bestimmungen für den Bereich KuJ, in Tirol besteht die Anforderung der besonderen Erfahrungen nur im KuJ-Bereich. (d.h. ein gesonderter Erfahrungsnachweis in Krankenbehandlung für Erwachsene ist im Tiroler Modell nicht gefordert, obwohl sich dieses Modell explizit auf schwer Erkrankte bezieht.)

3.2.2. Weiterbildungen

Uns sind aus keinem Bundesland Weiterbildungserfordernisse bekannt, die über die berufsrechtlichen Erfordernisse hinausgehen.

3.2.3. Supervisionsmöglichkeiten und -erfordernisse

Supervisionserfordernisse, die über die berufsrechtlichen Erfordernisse hinausgehen, werden nur vereinzelt gefordert. In Kärnten bestehen Erfordernisse im Rahmen einzelner Varianten der Qualifikationserfordernisse für die Teilnahme an der Sachleistungsversorgung. In Oberösterreich verlangt zwar nicht der Vertrag mit dem KV-Träger, wohl aber die OÖGP die Teilnahme an Supervisionen. Die OÖGKK hat im Jahr 2014 für die Vertragsvereine erstmals einen Einmalbetrag für Interventionen zur Verfügung gestellt, insbesondere zur Forcierung von Gruppentherapien.

3.2.4. Evaluation der Leistungen

Eine regelmäßige Evaluation wird unseres Wissens weder bezüglich Vereinen noch bezüglich Vermittlungsstellen durchgeführt, was i.d.R. mit Kapazitätsengpässen begründet wird. In der Steiermark sind Vereine vertraglich zur Evaluation verpflichtet. In Oberösterreich wurde eine einmalige Evaluation der CS durchgeführt, und eine Evaluation der niederösterreichischen CS war im Sommer 2014 in Diskussion.

⁷ Ein Nebeneffekt dieser abgestuften Erfahrungsnachweise ist, dass sie Berufsneulingen die Möglichkeit bieten, im WS Modell (bei niedrigeren Erfahrungsanforderungen) Praxisstunden zu sammeln, die später in den Erfahrungsnachweis für die Teilnahme am – etwas höher honorierten – Sachleistungsmodell für schwer Erkrankte angerechnet werden können. Hierzu passt auch das vergleichsweise hohe Erfordernis an Erfahrung im nicht-stationären Bereich im Salzburger Modell.

3.3. Outcome: Mengenindikatoren

Grundsätzlich ist anzumerken, dass durch die unterschiedlichen Versorgungsmodelle je Bundesland und die entsprechend unterschiedlichen Vorgaben über Reporting nur sehr wenig Daten zur Verfügung stehen, die zudem kaum einheitlich abgegrenzt und errechnet worden sind. Auch sind nicht in allen Bundesländern Zahlen über alle Vertragsinstitutionen vorhanden: Insbesondere ist nicht einmal für alle Bundesländer die gesamte Zahl der behandelten PatientInnen bekannt. So beziehen sich die Zahlen für Wien nur auf die beiden „großen“ Vereine und berücksichtigen nicht die kleineren Institutionen, und es wird darauf hingewiesen dass durch den Jahreswechsel überschreitende Therapien die Interpretation „PatientInnen pro Jahr“ nur bedingt stimmt. In Kärnten werden nur Fälle, nicht PatientInnen gemeldet, sodass pro PatientIn pro Jahr mehrere Fälle verzeichnet sein können. Angaben bezüglich der verrechneten Stunden sind nicht immer einheitlich berechnet: wo andere Therapiesettings als die 50-60 minütige Einzelsitzung größeres Gewicht einnehmen, liegen oft Berechnungen vor, die diese Zeitkomponente einrechnen, in Bundesländern ohne Gewicht auf kürzeren oder längeren Sitzungen war nicht immer klar, ob und wie die unterschiedlichen Sitzungsdauern berücksichtigt wurden.

Dementsprechend können, wenn überhaupt, nur sehr grundsätzliche Vergleiche zwischen den Bundesländern angestellt werden. Vergleiche innerhalb eines Bundeslandes über die Zeit sind eher zulässig, müssen aber berücksichtigen, dass nicht alle, nicht einmal alle ambulanten, Versorgungsangebote in der Erfassung berücksichtigt werden konnten. Verschiebungen in der Aufteilung nach Versorgungssettings können daher das Bild verzerren.

Bei einzelnen KV-Trägern ist die Datenverfügbarkeit größer und detaillierter als bei anderen. Für einen Vergleich der Ländermodelle, wie in diesem Bericht angestrebt, hilft die Auswertung eines einzelnen Ländermodelles mit guter Verfügbarkeit jedoch wenig, wenn die Struktur der vorhandenen Informationen gravierend von jener aus den anderen Ländermodellen abweicht.

Tabelle 9: Anzahl von PatientInnen und Stunden nach Bundesländern

	Bgl			Ktn		NÖ		OÖ		Sbg		Stmk		T		W	
Sachleistung bzw. Direktverrechnung, ohne Vertrags- und WahlärztInnen																	
	Behandlungen			Fälle		Fälle		Fälle		Pat.		Pat.		Versicherte		Pat.	
2008	8.519	a		3.687	b		15.017	4.627	c		3.060	8.257		1.708	d	6.388	e,f
2012	8.995	a		4.453	b		19.111	6.522			3.649	10.260		2.068	d	5.469	e
Therapiestunden																	
2003*	9.875			22.074			12.808	24.672			22.524	25.727		40.226		295.056	
2008	10.175			19.663	b,g		75.319	56.035			49.605	78.711	g	39.461	d	122.599	e,f
2012	10.807			20.748	b,g		85.689	86.819			63.123	86.501	g	42.551	d	87.858	e
Kostenzuschuss																	
	Pat.			Fälle		Fälle		Fälle		Pat.		Pat.		Versicherte		Pat.	
2008	882			4.650			17.837	6.296			3.000	5.400	h	3.678		11.634	
2012	891			5.901			18.633	8.066			2.566	6.565	h	4.478		14.087	
Therapiestunden																	
2003*	9.942			14.625			64.897	38.309			55.747	31.957				177.228	
2008	9.206			23.718	g		72.741	57.383			33.636	63.291	g	34.853		159.158	
2012	9.539			27.119	q		81.555	66.088			26.586	72.649	q	39.078		184.675	

Quelle: IHS-Zusammenstellung nach Angaben der KV-Träger, 2014.

Anmerkungen: a Behandlungen des IPR. b ohne Mini Ambulatorien in St. Veit und Wolfsberg, Integrationszentrum Seebach und Hermann- Gmeiner-Zentrum in Moosburg. c ohne eigene Einrichtungen, Vertragsärzte. d nur Gesellschaft für PVT. e nur die beiden "großen" Vereine. f 2009, nicht 2008. g aus kurzen und langen Sitzungen aggregiert (30Min=0,5; 50 Min=5/6; 60 Min=1; 90 Min= 1,5). h Kostenzuschuss und Kostenerstattung.

* Die Werte für 2003 stammen aus dem Bericht Hofmarcher et al. (2005) und sind u.U. nicht unmittelbar vergleichbar.

Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass in den letzten Jahren die Volumina an PT-Stunden in der Sachleistungsversorgung wie im Kostenzuschussbereich in den meisten Bundesländern ausgebaut worden sind (vgl. Tabelle 9). Es kam allerdings auch zu „Sondereffekten“: So brach in Tirol die Zahl der Sachleistungsstunden von 2008 auf 2009 kurzfristig ein (nicht aus der Tabelle ersichtlich), da durch den Neueinstieg einer hohen Zahl von voll-selbständigen PT die Stundenzahl sehr stark gewachsen war. In Folge dessen führte die Gesellschaft eine „Stundenbewirtschaftung“ mit beschäftigungs- und erfahrungsbezogenen Obergrenzen je PT ein, die das Gesamtvolumen kurzfristig einbrechen ließ. Inzwischen hat das Gesamtvolumen bereits wieder das Ausmaß von 2008 überschritten.

Zur Verdeutlichung der problematischen Vergleichbarkeit werden die durchschnittlichen Therapiedauern herangezogen. Schwierigkeiten in der Ermittlung einheitlicher Durchschnittsdauern liegen in der Definition eines einheitlichen Bezugszeitraums sowie der einheitlichen Abgrenzung des von der Berechnung abgedeckten PatientInnenkollektivs. Da sich der Therapiezeitraum über das Ende des Kalenderjahres hinziehen kann, ergibt eine Auswertung der Therapiedauer je PatientIn und Kalenderjahr und eine Auswertung je PatientIn unabhängig vom Kalenderjahr sehr unterschiedliche Werte. Als Beispiel sei das Salzburger Modell herangezogen, vgl. Tabelle 10: Im Sachleistungsbereich ist die jahresunabhängig berechnete Therapiedauer mehr als doppelt so lang wie eine Berechnung pro Jahr. Im Kostenzuschussbereich (der eigentlich nicht Projektgegenstand ist) unterscheidet sich die Dauer zwar weniger, aber ebenfalls markant. Zudem dauern Therapien bei wirtschaftlich schwachen Personen im (meist) Zuzahlungs-befreiten Landesmodell länger als im Sachleistungsbereich mit 20 Prozent Zuzahlung. Die Begründung für die Unterschiede ist offen. Mögliche Gründe für die unterschiedliche Therapiedauer in beiden Sachleistungsschienen sind Unterschiede in der Schwere der Krankheit, im Ansprechen auf Therapie, aber eben auch eine Wirkung des Selbstbehaltes.

Tabelle 10: Durchschnittliche Therapiedauer im Salzburger Modell, Stunden

	je PatientIn	je PatientIn u. Jahr 2012
Sachleistungsbereich - gesamt		15,7
Sachleistungsbereich - schwer Erkrankte	41,5	
Sachleistungsbereich - wirtschaftlich Schwache	48,1	
Kostenzuschussbereich - gesamt		10,4
Wahlärztinnen/ärzte	18,0	
Wahl-PT	19,4	

Quelle: IHS HealthEcon nach Angaben der SGKK 2014.

Die durchschnittlichen Therapiedauern je Bundesland sind zwar im Prinzip errechenbar, es ist aber fraglich, von wie hoher Aussagekraft ein Vergleich dieser Werte dann ist. Zu den oben beschriebenen Unschärfen kommt hinzu, dass die Dauer einer Therapie einheitlich definiert sein müsste: Gilt eine erneute Therapie nach z.B. einem halben Jahr Unterbrechung als neue Therapie oder als Fortsetzung? Hier wird nach unserem Wissenstand derzeit noch keine österreichweit einheitliche Definition angewandt.

Tabelle 11: Anzahl Therapien nach Sitzungsanzahl, ausgewählte Bundesländer

	Bgl.	NÖ	OÖ	Sbg	Stmk	T
bis 10 Sitzungen	53%	44%	62%	45%	73%	10%
11 bis 50 Sitzungen	47%	41%	38%	39%	27%	82%
über 50 Sitzungen	0%	15%	1%	16%	0%	8%

Anmerkungen: NÖ: Auswertung von 2003 bis 2010. Tirol: alle Therapien mit einem Therapiebeginn vor 1.1.2013 und einem Therapieende nach 31.12.2011. Übrige Bundesländer: 2012.

OÖ: nur Gesellschaft für PVT.

Quelle: IHS HealthEcon nach Angaben der KV-Träger, 2014.

Eine weitere Problematik liegt in der unterschiedlichen Schwerpunktsetzung der Ländermodelle: Tirol hat beispielsweise in der Vergabe der Sachleistungsplätze auf schwer Erkrankte fokussiert. Eine nach einheitlichen Gesichtspunkten errechnete längere Therapiedauer wäre daher nachvollziehbar. Tatsächlich zeigt sich auch in einem – wie oben besprochen, äußerst problematischen – Bundesländervergleich der Therapiestunden je PatientIn und Jahr der höchste Wert in Tirol. Diese nachvollziehbare längere durchschnittliche Therapiedauer in Tirol zeigt sich auch in Auswertungen über die Anzahl von Therapien nach Dauer, zumindest beim Anteil von Therapien mit 11 bis 50 Sitzungen, vgl. Tabelle 11. Der Anteil der Therapien mit über 50 Sitzungen an allen Therapien ist in Salzburg und Niederösterreich am höchsten, zumindest im Vergleich der Bundesländer, über die uns Daten vorliegen. Wien mit der traditionell großen Bedeutung von langen Therapien, wohl insbesondere durch die VertreterInnen der Psychoanalyse, hat diesbezüglich keine Daten geliefert.

3.4. Outcome: Geographisch ausgewogener Zugang im Jahresverlauf

3.4.1. Räumliche Kapazitätsverteilung

Eine Analyse der Eintragungen in die PsychotherapeutInnenliste zeigt, dass die bestehenden regionalen Ungleichgewichte in der Versorgung sich zwar ein klein wenig gebessert haben, aber im Wesentlichen nach wie vor bestehen. Sagerschnig et al. (2012) führen für das Jahr 2011 aus: „Der Großteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist auf Wien konzentriert: 3.078 Psychotherapeutinnen und

Psychotherapeuten, das sind rund 42 Prozent aller berufsberechtigten Personen, haben ihren Berufssitz bzw. Dienstort in der Bundeshauptstadt, wo allerdings nur ein Fünftel der österreichischen Bevölkerung lebt. Auch in Salzburg ist der Anteil an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen höher als der Anteil an der Bevölkerung. Umgekehrt liegen die Anteile der in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, in der Steiermark und im Burgenland tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten klar unter dem jeweiligen Anteil dieser Bundesländer an der Bevölkerung.“ Die geringfügige Verbesserung der Versorgung am Land kommt darin zum Ausdruck, dass im Jahr 2011 30 Prozent der PT außerhalb von Wien und den Landeshauptstädten arbeiten, verglichen mit 19 Prozent im Jahr 1991.

Für die Sachleistungsversorgung liegen uns keine flächendeckenden Zahlen über die regionale Verteilung der Kapazitäten vor. Das bestehende Stadt-Land Gefälle kann exemplarisch für Salzburg gezeigt werden, wo in der Versorgungsregion 52 (Innergebirg) nur 18 Prozent der Psychotherapie-Leistungen erbracht werden, aber ein Drittel der entsprechenden Versicherten lebt. Reine Personen-Zahlen wären aufgrund der unterschiedlich starken Einbindung einzelner Personen in den verschiedenen Landesmodellen auch wenig aussagekräftig. Bereits 2011 wurde aber festgehalten, dass zumindest in jedem politischen Bezirk eine Niederlassung eines Versorgungsvereines ist, bzw. dort PT in Kooperation mit Versorgungsvereinen arbeiten (HVSV, SGKK 2011).

In fünf Bundesländern bestehen Bestrebungen, eine an die Bevölkerungssituation angepasste Kapazitätsverteilung zu erreichen, entweder in Anlehnung an Stellenpläne (Niederösterreich, Oberösterreich), oder direkt mit Bezug zur Bevölkerungszahl (Salzburg) oder zur Bevölkerungszahl und anderen bestehenden Strukturen (Burgenland, Kärnten). Wo ein Stellenplan den Ausgangspunkt bildete, wurden inzwischen nachfragebedingte Anpassungen vorgenommen. Dennoch wartet man z.B. in Oberösterreich in einzelnen Gebieten bis zu einem halben oder sogar ganzen Jahr auf einen Sachleistungsplatz.

Das alleinige Bemühen der KV-Träger um regionale Ausgewogenheit ist nicht notwendigerweise erfolgreich. So berichtet die SGKK seit mehreren Jahren, dass die für die Versorgungsregion Innergebirg vorgesehenen Kapazitäten mangels Interesse von Seiten der PT nicht ausgeschöpft werden können. Auch der Versuch, dem mit einem speziellen (gesondert finanzierten) Therapieangebot im KH Schwarzach entgegenzuwirken, blieb bisher wenig erfolgreich, weil keine PT dazu bewegt werden konnten aufs Land zu gehen.⁸

Die Steiermark überlässt die regionale Verteilung der Kontingente den Vereinen (die in allen Bezirken vertreten sind).

⁸ Nach Angaben der SGKK wurde dadurch die Höchstausgabengrenze in dieser Versorgungsregion nicht erreicht. Andererseits wurde die Höchstausgabengrenze des Landes für die Mitfinanzierung der PT für wirtschaftlich Schwache seit einigen Jahren in steigendem Ausmaß überschritten. Dies gleicht die SGKK aus, um für diese Personengruppe Kürzungen zu vermeiden, und auch um eine Flut von Anträgen an den Unterstützungsfonds der SGKK zu vermeiden.

In Tirol ist keine geographische Steuerung der Versorgungskapazität implementiert. Die geographische Verteilung der Kapazitäten ergibt sich aus den Praxisorten der am Modell teilnehmenden PT: die Stundenkontingente sind per PT definiert, mit 6 Stunden pro Woche bei ausschließlich freiberuflicher Tätigkeit, 4 Stunden bei Teilzeit, und 2 Stunden bei Vollzeit-Anstellung. Allerdings wird überlegt, steuernde Maßnahmen einzuführen, da in diesem Modus manche Gebiete schlechter versorgt sind als andere.

Im Burgenland wurde ein Aufteilungsschlüssel der Wochenstunden vereinbart, der sich nach Bevölkerungsdichte und regionaler Verfügbarkeit von PT richtet.

In Wien sehen die Verträge mit den beiden großen Vereinen eine Verteilung der Kapazitäten über ganz Wien vor; diesbezüglich berichtet der KV-Träger auch über keine Probleme. Darüber hinaus würden wir die Frage der regionalen Erreichbarkeit von Psychotherapeuten in Wien weniger problematisch sehen, zum einen aufgrund der dichteren Versorgungslandschaft, zum anderen aufgrund der städtischen Struktur mit kürzeren Distanzen und besserer Verfügbarkeit öffentlicher Verkehrsmittel.

3.4.2. Zeitliche Kapazitätsverteilung im Jahresverlauf

Die Verfügbarkeit von kassenfinanzierter Psychotherapie gegen Ende des Kalenderjahres war im Vorgängerbericht (Hofmarcher et al. 2005) noch als problematisch angesehen worden. In der Zwischenzeit sind die Kapazitäten aufgestockt worden. Dennoch sind nicht automatisch sinkende Wartezeiten zu verzeichnen, was üblicherweise mit einer inzwischen gewachsenen Nachfrage erklärt wird, hier aus Platzgründen aber nicht weiter diskutiert wird.

Inzwischen sorgen KV-Träger in drei Bundesländern (Salzburg, Wien und in gewissem Ausmaß Tirol) für eine kontinuierliche Verteilung der Kapazitäten über den Jahresablauf. In Salzburg und Wien wird dies über pro Monat zugeteilte Kontingente erreicht. In Tirol vergibt die Gesellschaft je nach beruflicher Anbindung der PT ein Kontingent von 2 bis 6 Wochenstunden je PT, das diese einerseits nicht immer voll ausschöpfen, und das in Summe andererseits, wenn voll ausgeschöpft, das Gesamtkontingent der Gesellschaft übersteigen würde. Damit ist in einem gewissen Ausmaß eine Verteilung der Kapazität über das Jahr erreicht. Sollten dennoch sehr lange Wartezeiten bei einzelnen PatientInnen auftreten, vergibt die Gesellschaft sogenannte Poolkontingente. Das heißt, interessierte PT mit ausgeschöpftem persönlichen Kontingent können diese PatientInnen übernehmen.

Die Angabe einer einheitlichen Wartezeit je Modell ist vorsichtig zu interpretieren. Regionale Unterschiede nach Region und Zielgruppe (Alter, Krankheit) sind häufig. Im Bereich KuJ bestehen oft spezielle Regelungen, die Wartezeiten vermeiden (z.B. kein Limit mehr in Niederösterreich, in Tirol gibt es seit kurzem zusätzliche Kontingente im Rahmen des Kinderpakets und daher derzeit keine Wartezeiten). Zudem ist nicht gewährleistet, dass die heterogen aufgebauten Modelle die Wartezeiten gleich erfassen (können), wie das Beispiel

aus Tirol verdeutlicht: Dort beträgt im Durchschnitt die Wartezeit insgesamt ca. 4 Monate ab Einmelden in die Bedarfsfeststellung, aber ab Antragstellung im Schnitt 2 Monate. Eine zentrale Bedarfsfeststellung liegt aber (noch) nicht in allen Bundesländern vor.

Tabelle 12: Zugangssicherung im Jahresverlauf und Wartezeiten

	generell	Notfallkontingente	Wartezeiten
Burgenland	Stundenkontingente je PT	Keine mangels Bedarf	Ca. 4 Wochen, im Südburgenland länger
Kärnten	Jahreskontingente, bei kürzerer Vertragsdauer aliquot	derzeit nein	ET: bis 3 Monate, GT: -
Niederösterreich	Jahreskontingente je Verein für Erwachsene. keine Kontingentlimits für Gruppen- u Stütztherapie sowie z.Zt. für KuJ	Ja	8-16 Wochen (abhängig von Verein)
Oberösterreich	Jahreskontingente je Verein	ja	3-6 Wochen vor CS, regional ½-1 J.
Salzburg	feste Monatskontingente (für ca 130 Erwachsene + 35 KuJ)	nein, derzeit Kontingente u.a. durch räumliche Verteilung nicht ausgeschöpft	„Kaum“
Steiermark	Stundenkontingent pro Verein und Jahr	Korridor von 1.500 h p.a. mit einem Verein für 2014-2016: für Mitnahme ins Folgejahr falls unverbraucht, oder Überschreitung	1-2 Monate
Tirol	2-6 Wochenstunden je PT, ganzjährig	"Poolstatus" d.h. Zuteilung außer Kontingent für Personen mit Wartezeit u. ggfs. vereinbarte Schwerpunkte (abhängig von wirtschaftlicher Situation der Gesellschaft)	4 Monate ab „Einmelden“, 2 Monate ab Antrag
Wien	Monatskontingente	Ja, außerdem unlimitierte Angebote spezialisierter Einrichtungen	k.A.

Quelle: IHS HealthEcon nach Angaben der KV-Träger 2014.

3.4.3. Bevölkerungsgruppen

Eine gerechte Verteilung der Ressource Behandlungskapazität würde unter anderem bedeuten, dass niemand nur wegen der Zugehörigkeit zu einzelnen Bevölkerungsgruppen weniger oder schlechteren Zugang zu adäquaten Leistungen hat als Angehörige anderer Bevölkerungsgruppen. Das Vorliegen von krankheitswertigen, dringlichen Störungen sei hierbei vorausgesetzt. Den Begriff Bevölkerungsgruppen kann man dabei durchaus sehr offen interpretieren. Beispielsweise wurde für Deutschland bereits darauf hingewiesen, dass die PT-Angebote nur unzureichend die speziellen Hürden berücksichtigen, die bei der Inanspruchnahme von PT in der älteren Bevölkerung bestehen (Rabe-Menssen 2011).

Auch bei den folgenden Bevölkerungsgruppen wurde in Deutschland eine relativ niedrige Versorgung festgestellt: Mütter von Kleinkindern, bestimmte Krankheitsgruppen (wie chronischer Schmerz, Krebs), geistig Behinderte, aber auch „Täter“, insbesondere in den Bereichen Sexualdelikte und Pädophilie. Eine Studie zu Pädophilen hat gezeigt, dass 60 Prozent der späteren Täter vorher erfolglos einen PT-Platz gesucht hatten (Rief 2011).

Ob und wenn ja, welche Bevölkerungsgruppen in Österreich unterversorgt sind, würde einer umfassenden Auswertung der gesamten Versorgung mit Mental Health Leistungen bedürfen. Unseres Erachtens sollte zur Ableitung von Aussagen hier nicht isoliert der Bereich der Sachleistungsversorgung mit PT betrachtet werden, sondern auch andere Beratungs- und Therapieangebote. Zudem müsste eine genaue Erfassung der Schwerpunkte der beruflich aktiven Personen in diesem Feld erfolgen. Beide Notwendigkeiten würden den Rahmen dieses Berichtes bei weitem sprengen.

4. Schlussfolgerungen und Policy Conclusions

Erstkontakt

Eine zentrale Anlaufstelle für das Bundesland (wie die Clearingstellen in Niederösterreich, Oberösterreich) bietet aus sozialpolitischer Sicht das Potenzial für mehrere Vorteile:

- Großer Risikopool, d.h. Übersicht über die Gesamtnachfrage, lokale Engpässe aber auch Überkapazitäten können leichter erkannt werden (z.B. werden Doppelzählungen auf Wartelisten mehrerer PT vermieden).
- Höhere horizontale Gerechtigkeit insofern als ein gleichbleibendes Team ähnliche (allgemeine) Informationen ausgibt und auch ähnliche (individuelle) Messlatten anlegt. Aufklärungsarbeit kann leichter fokussiert werden als über einzelne PT.
- Höhere vertikale Gerechtigkeit insofern als nicht nur die (regionale oder problemspezifische) Klientel mitgedacht wird, sondern die gesamte Bandbreite der zu versorgenden Störungen in allen schweren und leichteren Stufen.

Damit diese Vorteile auch zum Tragen kommen können, sind gewisse Voraussetzungen notwendig:

- Das Personal kennt die gesamte relevante Versorgungslandschaft, kann also auch im Gesundheitssystem weiterleiten, wenn keine Zuständigkeit für die Vereinsmodelle gegeben ist.
- Damit nicht nur allgemeine Information ausgegeben, sondern eben auch für den individuellen Zugang Beratung geboten werden kann, ist die zentrale Stelle mit qualifiziertem Fachpersonal besetzt, idealerweise mit gleicher Qualifikation wie sie für diejenigen vorausgesetzt wird, die im Vereinsmodell therapieren.
- Die zentrale Stelle verfügt auch über die aktuellen Detail-Informationen wie: welche PT haben freie Kapazitäten in welchem Ausmaß, bzw. ca. wann wird der nächste Behandlungsplatz frei. Dazu ist verpflichtendes und zeitnahes Einmelden in die entsprechenden Systeme sinnvoll.
Idealerweise sind auch die speziellen Stärken der einzelnen PT bekannt.
- Soll Zugangs-Beratung nicht nur über das Sachleistungsmodell, sondern allgemein bei psychischen Problemen geleistet werden, wäre auch eine gemeinsame Finanzierung mit den Gebietskörperschaften, die für die anderen Versorgungsformen (Psychosozialer Dienst, Mediationsstellen...) zuständig sind, sinnvoll.

Unter diesen Voraussetzungen kann nicht nur allgemeine Information angeboten, sondern auch individuell beraten werden. Damit kann beispielsweise in gewissem Maße bei regionalen Ungleichgewichten gegengesteuert werden, z.B. soweit die NachfragerInnen entsprechend mobil sind. Auch wenn das Einrichten einer Clearingstelle per se noch keine neuen Therapie-Kapazitäten schafft, kann es die Weichen für eine bessere Ausnutzung von bestehenden Kapazitäten stellen, beispielsweise

- indem Irrwege der PatientInnen durch die Institutionen vermieden werden, während denen ansonsten Therapieressourcen verbraucht würden, und sich potenziell Leidenswege der PatientInnen verlängern oder sogar verschlimmern,
- indem das Matching zwischen PT und PatientIn verbessert und Therapeutenwechsel vermieden werden,
- indem leichter geographisch und inhaltlich „passende“ Therapiegruppen zusammengeführt werden können, und somit Druck aus der ressourcenintensiven Einzelversorgung genommen werden kann.

(De)zentrale Anlaufstellen (im Sinne des Zugangs über Einrichtungen wie Ambulatorien, einschlägige Abteilungen der Caritas usw.) verfügen, bei entsprechender Ausgestaltung wie oben erklärt, über ähnliche Vorteile. Die Vorteile sind aber etwas abgeschwächt durch den kleineren Risikopool.

Der Zugang über die einzelnen PT bietet diese Vorteile nicht, ist aber möglicherweise niederschwelliger⁹ als der Weg in eine offizielle Stelle. Als Nachteil des (hauptsächlichen) Wegs über PT ist zu sehen, dass nicht alle PT einen gleich guten Überblick über die Versorgungslandschaft haben werden wie eine speziell damit befasste zentrale Stelle. Zudem sollten für einen „guten Match“ auch alle PT tatsächlich bereit sein, PatientInnen im System weiterzuschicken, wenn sie für sie bessere Behandlungsmöglichkeiten anderswo sehen, und das unabhängig von einer eventuellen eigenen Unter-Auslastung, aber auch unabhängig von einer möglichen Präferenz für „angenehme“ PatientInnen. In diesem Zusammenhang ist bemerkenswert, dass keiner der befragten KV-Träger angegeben hat, dass eine bestimmte Systematik oder Struktur in der Beratung der PatientInnen beim Erstkontakt vorgesehen ist: Der Regulator verlässt sich darauf, dass PT uneigennützig und redlich im Anlassfall im System weiterweisen, ohne ihnen eine konkrete Richtschnur hierfür vorzugeben.

Haben hingegen PT bessere Alternativangebote vorgeschlagen, werden manche PatientInnen sich entmutigt fühlen, gewissermaßen eine weitere fremde Eintrittsschwelle zu überwinden. Dieses Problem bietet sich bei zentralen Anlaufstellen mit gutem Überblick und Beratungskapazität nicht.

Ohne zentrale, lenkende Stelle ist ein guter „Match“ mit wenigen Irrwegen durch das fragmentierte System in einem gewissen Ausmaß einerseits Glückssache (z.B. ist auch Mundpropaganda über einzelne PT ja höchst abhängig von den Selektionskriterien und Problemlagen der oder des Empfehlenden), andererseits bevorzugt es diejenigen Personen, die über bessere individuelle oder familiäre soziale Ressourcen verfügen, und sich so leichter Überblick und Zugang im fragmentierten System verschaffen; eine problematische Voraussetzung bei psychischen Problemen. Die Hälfte der Bundesländermodelle (Burgenland, Salzburg¹⁰, Steiermark, Wien) entsprechen vermutlich im Wesentlichen noch diesem Zugangsmodus, selbst wenn es Hotlines der Vereine gibt die in Anspruch genommen werden können – über die Verteilung der Zugangswege liegt aber in den meisten Fällen keine Information vor.

Priorisierung

In einigen Bundesländern richten sich die Vereinsmodelle explizit an schwer Erkrankte. Diese Zielsetzung ist intuitiv einleuchtend, wird aber in Fachkreisen öfter hinterfragt mit dem Argument, dass Psychotherapie bei leichteren Erkrankungen erfolgsversprechender sei; ohne den Schwerpunkt auf schwer Erkrankte könnten schwerere Erkrankungen effektiver schon im Vorfeld abgefangen werden. Ob die Zielsetzung auf schwer Erkrankte richtig ist, und wie

⁹ Wohl auch deshalb arbeiten die Clearingstellen vor allem via Telefon und email, und nicht mit direktem Parteienverkehr im Büro, neben den Effizienzvorteilen.

¹⁰ Die Salzburger GKK weist in diesem Zusammenhang auf die hohe Versorgungsdichte mit VertragspsychiaterInnen hin, die für viele PatientInnen diese Informationsprobleme beheben.

diese dann zu operationalisieren ist/wäre, ist nicht Gegenstand dieses Berichtes. Wenn jedoch die Fokussierung auf eine Zielgruppe wie die schwer Erkrankten festgelegt ist, darf und soll in diesem Bericht hinterfragt werden ob die Regelungen diesem Ziel dienen.

Das Assessment erfolgt in allen Bundesländern durch diejenigen PT¹¹, die dann auch die Behandlung durchführen. Sind aber die Sachleistungsplätze knapp – bekanntlich eine sehr realistische Bedingung – so muss eine Priorisierung entscheiden, wem die vorhandenen Sachleistungsplätze prioritär zukommen. Sinnvollerweise sollten die Assessments so ausgestaltet sein, dass sie als Entscheidungsgrundlage für die Priorisierung herangezogen werden können. Insbesondere wenn Assessment und Priorisierung in unterschiedlichen Händen liegen, ist im Sinne von Verwaltungsökonomie – und wohl auch horizontaler wie vertikaler Gerechtigkeit – ein einheitliches Kriterienschema sinnvoll.

Die Bundesländermodelle unterscheiden sich danach, ob und wie weit die Priorisierungsentscheidung delegiert wird. Eine Beurteilung, inwieweit eine Delegation solcher Entscheidungen rechtlich zulässig ist, kann in diesem Bericht nicht geliefert werden.

Erfolgt die Priorisierung auf zentraler Ebene durch den KV-Träger oder ein ansonsten unabhängiges Gremium, auf Basis einer vergleichbaren, einheitlichen, umfangreichen und aussagekräftigen Informationsbasis je Fall, sehen wir keine Anreizprobleme. Diesem Bild kommt das Modell in Salzburg nahe. Auch das Burgenland und Tirol verfügen über zentralisierte Institutionen, die aber nicht beim KV-Träger angesiedelt sind.

Im Sinne der Principal-Agent-Theorie ist es nicht unerheblich, welche Akteure Versorgungsentscheidungen zu treffen haben, bzw. in welche Stakeholder-Organisationen diese Akteure eingebunden sind. Wird die Priorisierungs-Entscheidung vom KV-Träger als Principal delegiert, hätte der Agent (Verein oder direkt PT) die im (unrealistischen) Idealfall idente Zielsetzung wie der Principal. Ansonsten könnten die „eigenen“ Nutzenerwägungen des Agenten seine Entscheidungen, die ja im Auftrag des Principal zu fällen sind, mit den gewissermaßen delegierten Nutzenerwägungen des Principal überlagern. Bei uneinheitlicher Zielsetzung ist es daher sinnvoll, Entscheidungskriterien im Sinne des Principal explizit vorzugeben, Anreize für ihre Erfüllung zu setzen (oder zumindest keine gegenteiligen Anreize) und bei messbaren Outcomes diese auch zu monitieren.

Eine Übereinstimmung der Ziele von KV-Träger und Verein wird je nach Vereinsstruktur in unterschiedlichem Maße der Fall sein (wobei das gemeinsame Interesse am PatientInnenwohl wieder bei beiden vorausgesetzt sei): Institutionen wie die Kärntner „Vereine“ oder die oberösterreichische PGA sind primär problemorientiert, oft multiprofessionell, und keine berufsständischen Vereinigungen. Dies trifft auf die anderen

¹¹ Dieser Punkt ist nicht ganz klar in den Kärntner Institutionen, die ja nicht einheitlich organisiert sind. Jedenfalls erfolgt das Assessment dort aber in der behandelnden Institution.

Vereine nicht zu, diese sind in aller Regel Berufs-Vereinigungen. Das beste Beispiel sind die sog. großen Vereine in Wien und Niederösterreich, die gerade eben entlang der Profession (Psychotherapie versus Psychologie) organisiert sind, und die eben die Durchführung der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie als Hauptzweck haben.

Wird nun Entscheidungsbefugnis vom Principal (KV-Träger, auch als Interessensvertreter von Versicherten und PatientInnen) auf die Agents (Verein oder PT) übertragen, macht es Sinn gerade dort stärkere Lenkungs- und Monitoring-Elemente zu implementieren, wo ein stärkeres Auseinanderklaffen der Ziele von Principal und Agent durch die Vereinsstruktur prädeterniniert ist. Insofern entbehrt es nicht einer gewissen Logik, wenn Kärntner Vereine relativ hohe Entscheidungsbefugnis haben, aber Salzburger und Wiener PT in der Sachleistungsversorgung in einem deutlich strenger reglementierten Rahmen arbeiten. In diesem Zusammenhang erscheint die Delegation der Bewilligung an die beiden (berufsständischen) Vereine in Niederösterreich etwas problematisch.

In Tirol liegt die Priorisierungsentscheidung zwar auch in den Händen eines berufsständischen Vereins, allerdings ist die Formalisierung des Priorisierungsprozesses höher, und durch die Zweitbegutachtung ist ebenfalls ein gewisses Korrektiv implementiert. Die höhere Formalisierung der Priorisierung erscheint auch deshalb sinnvoll, da in Tirol für die Behandlung Erwachsener kein Erfahrungsnachweis in Krankenbehandlung für die Teilnahme am Modell verlangt wird.

Im Burgenland werden die Sachleistungsplätze durch eine unabhängige Interventionsgruppe von sechs bis acht PT vergeben, was positive Aspekte hinsichtlich „Poolgröße“, Verwaltungsökonomie sowie horizontaler und vertikaler Gerechtigkeit aufweist.

Schwerer argumentierbar ist das aktuelle System in der Steiermark: Es wird zwar der Eintritt ins System über einen der Vereine empfohlen, aber über den Priorisierungsprozess innerhalb der Vereine liegt keine Information vor die darüber hinausgeht, dass die zeitliche Verfügbarkeit der räumlich in Frage kommenden PT berücksichtigt wird. Die Vereine sind angehalten, Stundenkontingente bevorzugt sozial schwächeren Personen zukommen zu lassen, eine Formalisierung hierfür gibt die StGKK nicht vor. Auch eine Abstufung nach Krankheitsschwere ist nicht vorgesehen. Dies ist besonders deshalb auffällig, weil die StGKK keine über die gesetzlichen Bestimmungen zur Krankenbehandlung hinausgehenden Konkretisierungen im Assessment verlangt¹². In Oberösterreich etwa, wo die Priorisierungsentscheidung ähnlich erfolgt, ist vorgesehen, schwere und/oder dringliche Fälle zu bevorzugen (auch wenn uns keine konkrete Form bekannt ist, wie diese Zielsetzung operationalisiert ist). Außerdem ist in Oberösterreich eine erste professionelle Einschätzung

¹² Im Abrechnungsprocedere sind dann einige Angaben wie der ICD Code zu leisten, nicht aber bereits beim „Eintritt“ in das System. Das Antragsformular im Kostenzuschuss-Bereich sieht zumindest, wie in den meisten Bundesländer-Modellen, die Angabe eines vierstelligen ICD Codes vor, sowie die Angabe von therapiebezogenen Informationen (voraussichtliche Dauer, Frequenz und Methode, statistische Angaben zu allfälligen Vor-Therapien).

bereits in der Clearingstelle erfolgt. Ergänzend wird angemerkt, dass in der Steiermark auch der Bewilligungsprozess auf Seiten des KV-Trägers weniger reglementiert als in anderen Bundesländern ist (vgl. Tabelle 6). Insgesamt ergibt sich das Bild, dass die Reglementierung in der Steiermark die Möglichkeiten in Richtung einer „treffsicheren“ Versorgung mit PT nur sehr unzureichend ausnutzt. Wenn PT Cream Skimming betreiben wollen, werden sie durch die bestehenden Regeln daran kaum gehindert. Sollte die Bewilligungspflicht nach den ersten 10 Stunden Therapie demnächst tatsächlich gestrichen werden, wie derzeit angedacht, wird es interessant sein zu beobachten ob und wenn ja, wie sich die durchschnittliche Sitzungszahl pro PatientIn danach ändert.

Zudem wird berichtet, dass fast drei Viertel der Therapien in der Steiermark unter der Schranke der Erstbewilligung (10 Sitzungen) liegen (Tabelle 11). Wenn schwere Erkrankung mit langer Therapiedauer gleichzusetzen ist, können wir daher davon ausgehen, dass der Anteil der schwer Erkrankten an den PT-PatientInnen in der Steiermark niedriger als in den Bundesländern mit verfügbaren Vergleichszahlen ist – und zwar viel niedriger als in Tirol mit dem expliziten Ziel und Priorisierungsmodus für die Versorgung schwer und schwerst Erkrankter.

Man ist sich der unbefriedigenden Situation in der StGKK bewusst. Es soll daher mehr Transparenz darüber geschaffen werden, welche PatientInnen tatsächlich welche Leistungen bekommen, um ein Bild über die Treffsicherheit der Versorgung und allfällige Versorgungslücken zu gewinnen. Abgestimmt auf diese Erkenntnisse will man die Zugangswege reformieren, wobei noch keine Entscheidung über ein konkretes Zugangsmodell getroffen wurde.

In Oberösterreich ist der Verantwortungsbereich der PT auch relativ hoch, die Regulierungsdichte liegt aber zwischen jener von Salzburg und Wien einerseits und dem Beinahe-Vakuum in der Steiermark andererseits. Es gibt (unseres Wissens) zwar kaum Assessment-Kriterien die über die Schlagworte Dringlichkeit und soziale Bedürftigkeit hinausgehen, aber der KV-Träger behält sich die Bewilligung der (Folge)Anträge vor und fordert dazu entsprechende Unterlagen ein. Außerdem besteht über den Erstkontakt mit dem System via Clearingstelle bereits eine gewisse Filterung und Weichenstellung. Etwas erstaunlich angesichts des Schwerpunktes *schwer Erkrankte* mutet an, dass der Erfahrungsnachweis in Oberösterreich mit geringeren Stundenvolumina das Auslangen findet als in anderen Bundesländern mit ähnlich strukturierten Erfahrungsnachweisen.

Geographisch ausgewogener Zugang im Jahresverlauf

Fünf der betrachteten acht Bundesländer richten die räumliche Verteilung der Kapazitäten nach der Bevölkerungszahl aus, in zwei Fällen davon (Burgenland, Kärnten) nach Bevölkerung und regionalen Versorgungskapazitäten. Die Steiermark und Tirol überlassen die räumliche Verteilung der Kapazitäten den Vereinen, was darauf hinausläuft, dass

Vereins-PT gewisse Stundenkontingente bekommen. Somit ist dort eher die räumliche Verteilung der PT als jene der Bevölkerung maßgeblich für die regionale Ausgewogenheit des Angebots. Da sich diese Verteilung eben nicht „zufällig“ an die Nachfrage anpasst, werden Versorgungsengpässe in manchen Regionen wahrgenommen, und man beginnt zumindest in Tirol über steuernde Maßnahmen nachzudenken.

In Salzburg wurde die Erfahrung gemacht dass derartige Versorgungsungleichgewichte sehr hartnäckig sein können; es bestehen Plankapazitäten in der ländlichen Versorgungsregion, die bisher nicht besetzt werden konnten. Das Problem der relativen Unterversorgung ländlicher Gebiete ist sowohl in anderen österreichischen Gebieten als auch international wohl bekannt, im ärztlichen wie auch im psychotherapeutischen Bereich. Für die psychotherapeutische ländliche Versorgung wurde international mehrfach vorgeschlagen, eine bessere Versorgung durch die Anwendung von Telemedizin zu erzielen (z.B. Griffith, Christensen 2007, Nelson, Bui 2010, Sheldon et al. 2014). Zum einen liegen aber kaum Evaluationen der Effektivität und Effizienz telemedizinischer Anwendungen vor, zum anderen ist in Österreich derzeit internet-basierte psychotherapeutische Krankenbehandlung nicht zulässig, im Gegensatz zu psychotherapeutischer Beratung (Bundesministerium für Gesundheit 2012).

Systematische Probleme durch im Jahresverlauf schwankende Verfügbarkeit von Therapieplätzen wurden im Zuge der Umfrage unter den acht KV-Trägern nicht thematisiert; dieses Problem dürfte sich seit dem Vorgänger-Bericht (Hofmarcher et al. 2005) stark gemildert haben. Wir sehen dies in Zusammenhang damit, dass einige KV-Träger die Kapazitäten seither, zum Teil auch stark, ausgebaut haben.

Gesundheitspolitische Steuerung und Lenkung

Die Gebietskrankenkassen¹³ der einzelnen Bundesländer haben unterschiedliche Varianten gewählt, die Bereitstellung der Sachleistung Psychotherapie an „Vereine“ oder „VereinspsychotherapeutInnen“ zu delegieren. In unterschiedlichem Ausmaß wurden im Zuge dessen auch die Regulierungskompetenzen, implizit oder explizit, an Vereine übergeben. Diese Situation würde an sich ein natürliches Experiment darstellen, das im Sinne der Versorgungsforschung evaluiert werden könnte, um aus Vergleichen Rückschlüsse auf ein möglichst effizientes und effektives Rahmenwerk ableiten zu können. Somit könnte beispielsweise die Frage beantwortet werden, ob die Einrichtung der Clearingstelle in Oberösterreich die durchschnittliche Therapiedauer verlängert oder verkürzt hat, ob und wenn ja welche Unterschiede bei PatientInnen bestehen, die Psychotherapie mit bzw. ohne Kontakt mit der Clearingstelle in Anspruch nehmen, oder ob TherapeutInnen mit unterschiedlichen Erfahrungsnachweisen PatientInnen unterschiedlich effektiv behandeln. Für manche dieser sehr versorgungsrelevanten Fragen würden wohl auch

¹³ Die meisten KV-Träger haben sich diesen Modellen bzw. Vereinbarungen angeschlossen.

Spezialauswertungen von Patientinnen- und TherapeutInnendaten notwendig werden. In der derzeitigen Datenlage jedoch sind nicht einmal rudimentärste Vergleiche zwischen den Ländermodellen möglich, wie etwa die Frage wie viele PatientInnen überhaupt durch die Versorgungsmodelle erreicht werden.

Einige KV-Träger haben angegeben, dass Evaluationen mangels Ressourcen bisher nicht durchgeführt werden konnten. Eine bessere und vergleichbare Datenlage würde auch diese Situation in dem Maße erleichtern, wie Einzelevaluationen teurer kommen als eine gemeinsame Evaluation im Geltungsbereich mehrerer KV-Träger. Zudem würde als Benchmark das Ergebnis der anderen Modelle zur Verfügung stehen, und KV-Träger könnten besser – sofern sie ein Interesse daran haben – auch aus den Erfahrungen ihrer Peers lernen.

Ein Katalog einheitlicher Datendefinitionen und –abgrenzungen, die einzuhalten und jährlich zu berichten sind, wäre eine Grundvoraussetzung für einen verantwortungsvollen Umgang mit Geldern, die aus Pflichtbeiträgen der Versicherten stammen. Im Jahr 2012 beliefen sich die Ausgaben der KV-Träger alleine im Sachleistungsbereich der psychotherapeutischen Versorgung bereits auf 53,2 Mio. Euro, Tendenz steigend. Der Kostenerstattungsbereich, also die Kostenzuschüsse der KV-Träger für Psychotherapie außerhalb von Vereinslösungen, belief sich 2012 auf weitere 22,7 Mio. Euro.

Im Zuge der Gesundheitsreform und der Umstellung auf ein Primary Health Care-System sollte mitbedacht werden, dass hier auch der Zugang zu Psychotherapie in gewissem Maße kanalisiert werden könnte. Allerdings dürfte die Ausbildungslage der tätigen AllgemeinmedizinerInnen im Feld der biopsychosozialen Betrachtung von Krankheit sehr divergieren. Zudem ist gerade der Bereich Psychotherapie heikel, die KlientInnen sind somit wohl nicht immer willens, ihre Primärversorger mit einzubeziehen. Eine Möglichkeit wäre hier im Sinne des von uns aufgestellten Stufenkonzepts (Czypionka et al. 2007) die Information in den Vordergrund zu stellen. Die Primärversorgung sollte jedenfalls in der Lage sein, geeignete Informationen zu geben, wissen, wohin für Details weiter zu überweisen ist, aber auch, Bedarfe unter den PatientInnen zu erkennen.

5. Literaturverzeichnis

- Arrow K.J. (1963): Uncertainty and the welfare economics of medical care, *American Economic Review* 53:941-969.
- Bednar W., P. Lanske, E. Schaffenberger (2004): Regulation of the Professions of Psychotherapist, Clinical Psychologist, Health Psychologist in the Member States of the EEA and the Swiss Confederation, Austrian Health Institute (ÖBIG), Vienna.
- Bogyi G., R. Rüschi (2014): Jahresbericht 2013, die BOJE Individualpsychologisches Zentrum gemeinnützige GmbH, Wien.
- Bogyi G., R. Rüschi (2013): Jahresbericht 2012, die BOJE Individualpsychologisches Zentrum gemeinnützige GmbH, Wien.
- Bower P., S. Gilbody (2005): Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *British Medical Journal* 330: 839–42.
- Breyer, F. (1984): Anbieterinduzierte Nachfrage nach ärztlichen Leistungen und die Zieleinkommens-Hypothese, *Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik*, 199, 415-432.
- Breyer, F., Zweifel, P. (1992): *Gesundheitsökonomie*. Springer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012): Internetrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet. Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit auf Grundlage eines Gutachtens des Psychotherapiebeirates
[http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/inter-netrichtlinie_-_stand_03.05.2012.pdf]
- Clearingstelle Psychotherapie (o.J.): Evaluierung 1.6.2010 – 30.6.2011. Foliensatz.
- Czypionka, T. et al. (2007): Konsumentenschutz im Gesundheitswesen: Internationale Betrachtungen für eine neue Rolle der Sozialversicherung. Projektbericht, Institut für Höhere Studien, Wien.
- Dezetter, A., X. Briffault, J. Alonso, M.C. Angermeyer, R. Bruffaerts, de Girolamo G, R. De Graaf, J.M. Haro JM, H.H. König, V. Kovess-Masfety (2011): Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatric Services* 62(2):143–151.

- Frank, R.G. (2011): Economics and mental health: An international perspective. In: Glied S., Smith P.: The Oxford Handbook of Health Economics, 232-256, Oxford University Press.
- Gilbody S., P. Bower (2007): Common mental health problems in primary care: policy goals and the evidence base, in: Knapp, McDavid, Mossialos, Thornicroft, Mental health policy and practice across Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 215-234.
- Griffith, K.M., Christensen, H. (2007): Internet-based mental health programs: a powerful tool in the rural medical kit. Australian Journal of Rural Health, 15(2), 81-87.
- Hardy, J.A., Weatherford, R.D., Locke, B. D., Hernandez DePalma , N., D'Iuso, N.T. (2011): Meeting the Demand for College Student Concerns in College Counseling Centers: Evaluating a Clinical Triage System, Journal of College Student Psychotherapy 25(3) 220-240.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Salzburger Gebietskrankenkasse (2011): Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter, Projektbericht.
- Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (2013): Umfrage über Bewilligungsverfahren bei Psychotherapie, internes unveröffentlichtes Dokument.
- Hofmarcher, M.M., M. Riedel, J. A. Schüle (2005): Psychotherapiekonzept, Institut für Höhere Studien, Wien.
- Nelson, E. L., Bui, T. (2010): Rural telepsychology services for children and adolescents. Journal of Clinical Psychology; 66(5):490-501. [doi: 10.1002/jclp.20682]
- Priebe, S., Wright, D. (2006): The provision of psychotherapy: an international comparison. Journal of public mental health, 5(3), 12-22.
- Rabe-Menssen, C. (2011): Barrieren der Inanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie bei älteren Menschen, Psychotherapie aktuell 4/11, 12-16.
- Richards, D. A., Bower, P. (2011): Equity of access to psychological therapies, The British Journal of Psychiatry, 198, 91-92.
- Rief, W. (2011): Gerechtigkeit in der Ressourcenverteilung bei Psychotherapie, Verhaltenstherapie 21, 225-227.

Sagerschnig, S., Grabenhofer-Eggerth, A., Hagleitner, J. (2012): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Projektbericht, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

Sheldon C., Waxmonsky, J. A., Meir, R., Morris, C., Finkelstein, L., Sosa, M., Brody, D. (2014): Telephone Assessment, Support, and Counseling for Depression in Primary Care Medical Clinics, *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(3), 282–295.

Walton C, Grenyer (2002): Prioritizing Access to psychotherapy: the client priority rating scale, *Clinical Psychology and Psychotherapy* 9, 418-429.

AutorInnen: Monika Riedel

Titel: Modelle der Psychotherapieversorgung in Österreich

Projektbericht/Research Report

© 2015 Institute for Advanced Studies (IHS),
Stumpergasse 56, A-1060 Vienna • ☎ +43 1 59991-0 • Fax +43 1 59991-555 • <http://www.ihs.ac.at>
