



Rechnungshof
Österreich

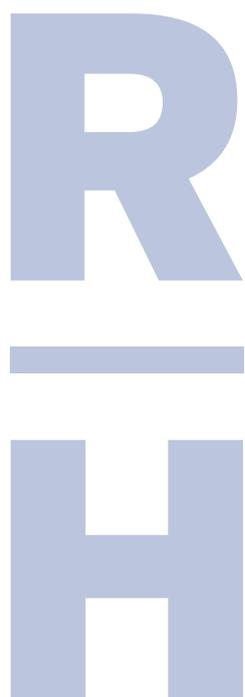
Unabhängig und objektiv für Sie.

Bericht des Rechnungshofes

Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung

III–260 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XXVI. GP

Reihe BUND 2019/8



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes–Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebarungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenüberung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf– und Abrundungen.

Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes „<http://www.rechnungshof.gv.at>“ verfügbar.

IMPRESSUM

Herausgeber: Rechnungshof
1031 Wien,
Dampfschiffstraße 2
<http://www.rechnungshof.gv.at>

Redaktion und Grafik: Rechnungshof
Herausgegeben: Wien, im März 2019

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8876
Fax (+43 1) 712 94 25
E-Mail presse@rechnungshof.gv.at

[facebook/RechnungshofAT](https://www.facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	5
Kurzfassung	7
Kenndaten	12
Prüfungsablauf und –gegenstand	13
Relevanz des Themas und Ausgangslage	15
Entwicklung der Erkrankungen und Folgekosten	15
Invalidität aufgrund psychischer Erkrankungen	17
Einschätzungen der bestehenden Versorgungslage	21
Datenlage	21
Schwerpunkte der bisherigen Entwicklung	24
Strategische Festlegungen	25
Übergeordnete Strategie und Gesundheitsplanung	25
Strategie der Sozialversicherungsträger	29
Versorgungsangebote im Vergleich	32
Überblick	32
Patientengruppen	33
Spitalstage	35
(Fach)Ärztliche Versorgung	37
Rolle der Allgemeinmedizin	47
Kinder- und Jugendpsychiatrie	49

Bericht des Rechnungshofes

Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung



Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Diensten _____	51
Psychotherapie _____	53
Psychopharmaka _____	63
Rehabilitation _____	68
Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankung _____	77
Zuordnung der Steuerungsverantwortung _____	83
Schlussempfehlungen _____	85
Anhang: Ergebnisse der RH-Analyse: _____	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anstieg von psychischen Erkrankungen: mögliche Ursachen und Maßnahmen dagegen _____	15
Tabelle 2:	Beziehende von Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen, 2016, Steiermark und Salzburg _____	19
Tabelle 3:	Elemente der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit im Bereich Versorgung _____	29
Tabelle 4:	Umsetzungsstand der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit im Bereich Versorgung _____	31
Tabelle 5:	Kosten der Versorgung von Personen in der Prävalenzgruppe 2015 _____	32
Tabelle 6:	Kategorien der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie _____	38
Tabelle 7:	Kenndaten der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie für 2016 _____	44
Tabelle 8:	Kennzahlen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 2016 bei der SGKK und der StGKK ____	58
Tabelle 9:	Rahmenbedingungen für Psychotherapie nach Leistungserbringenden bei SGKK und StGKK _____	61
Tabelle 10:	Ausgaben für und Verordnungen von Psychopharmaka aller Krankenversicherungsträger 2016 _____	63
Tabelle 11:	Aufwand der PVA für psychiatrische Rehabilitation 2012 bis 2016 _____	71
Tabelle 12:	Krankenstandstage bei der SGKK und der StGKK 2012 bis 2016 _____	78

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung des Aufwands für Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen in Mio. EUR _____	18
Abbildung 2:	Zuordnung der Bevölkerung nach Entfernung zu psychiatrischen Kassenstellen sowie räumliche Abdeckung der Steiermark mit psychiatrischen Kassenstellen _____	42
Abbildung 3:	Entwicklung Ausgaben für Psychotherapie 1994 bis 2015 _	56
Abbildung 4:	Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie in EUR je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten 2015 _____	57

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMG	Bundesministeriengesetz 1986
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DIAG	Dokumentations- und Informationssystem für Analysen im Gesundheitswesen
e-card	personenbezogene Chipkarte des elektronischen Verwaltungssystems der österreichischen Sozialversicherung
ELGA	elektronische Gesundheitsakte
etc.	et cetera
EUR	Euro
(f)f.	folgend(e) (Seite, Seiten)
GKK	Gebietskrankenkasse(n)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
Hauptverband	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
IT	Informationstechnologie
km	Kilometer
lt.	laut
Mio.	Million(en)
Mrd.	Milliarde(n)

NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit, Regionale Strukturpläne Gesundheit
S.	Seite
SGKK	Salzburger Gebietskrankenkasse
StGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
TZ	Textzahl(en)
TGKK	Tiroler Gebietskrankenkasse
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
WGKK	Wiener Gebietskrankenkasse
WHO	Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

Wirkungsbereich

Bundesministerium für Arbeit, Soziales,
Gesundheit und Konsumentenschutz

Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung

Kurzfassung

Der RH prüfte zwischen Mai und Oktober 2017 die Versorgung psychisch Erkrankter durch die Salzburger Gebietskrankenkasse (**SGKK**), die Steiermärkische Gebietskrankenkasse (**StGKK**) und die Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**). Ziel war, die Versorgung im niedergelassenen Bereich und in der Rehabilitation angesichts steigender Folgekosten insbesondere durch Invalidität zu beurteilen. Der Prüfungszeitraum umfasste die Jahre 2012 bis 2016. ([TZ 1](#))

Weiters prüfte der RH auch „Psychosoziale Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark“ sowie „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“, worüber der RH jeweils gesonderte Berichte¹ erstellte. Die Versorgung psychisch Erkrankter erforderte ein abgestimmtes Vorgehen hinsichtlich der Ziele, der Leistungserbringung im Spital bzw. durch Psychosoziale Dienste, Beratung und Betreuung der Länder, des niedergelassenen Bereichs (Gebietskrankenkassen, **GKK**) sowie der Rehabilitation (PVA). ([TZ 1](#))

Psychische Erkrankungen stellten für die Bevölkerung ebenso wie für das Gesundheits- und das Sozialsystem eine erhebliche und wachsende Herausforderung dar. Laut Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) werden 2030 drei der fünf schwerwiegendsten Erkrankungen in Industriestaaten diese Krankheitsgruppe betreffen, rund die Hälfte der Bevölkerung wird zumindest einmal im Leben betroffen sein. Die Aufwendungen für Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld aufgrund von psychischen Erkrankungen stiegen zwischen 2007 und 2016 um rd. 62 %, die Zahl der psychisch bedingten Krankenstandstage bei Erwerbstätigen um rd. 94 %. Der RH bewertete die Mehraufwendungen für Krankheitsfolgen aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2016 mit rd. 300 Mio. EUR. Dies bedeutete eine erhebliche Belastung für die Sozialversicherungen, aber – wegen der niedrigen Durchschnittsleistung von rd. 1.000 EUR bis 1.100 EUR pro Monat – auch für die Betroffenen. ([TZ 2](#), [TZ 3](#), [TZ 4](#))

¹ u.a. Reihe Bund 2019/6 und Reihe Bund 2018/57

Im Jahr 2015 veröffentlichte die OECD, die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, eine kritische Studie zur Versorgung psychisch Erkrankter in Österreich. Die Angebote (Psychosoziale Dienste, Betreuung und Beratungsstellen, Länder, PVA, GKK) entwickelten sich seit 2007 entlang historisch gewachsener Strukturen nach den jeweils verfügbaren finanziellen Mitteln. Eine sektorenübergreifende Festlegung, welche Versorgungsziele damit insgesamt erreicht werden sollten und welche Angebote sicherzustellen waren, fehlte jedoch. Es gab weder epidemiologische Daten zu den Erkrankungen noch standardisierte Diagnosen oder Grundlagen für eine Wirkungsmessung. (TZ 5, TZ 6, TZ 7)

Der Ministerrat beschloss im Jahr 2012 ein eigenes Gesundheitsziel zur psychischen Gesundheit. Das Gesundheitsministerium veröffentlichte im Jahr 2013 eine „Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit“. Die österreichische Sozialversicherung beschloss im Jahr 2012 eine Strategie zur psychischen Gesundheit, die auf einer umfassenden Datenanalyse zum Jahr 2009 beruhte. (TZ 8, TZ 9)

Für eine ausreichende Reaktion auf die steigenden Folgekosten psychischer Erkrankungen bestanden jedoch wesentliche Mängel:

Unvollständige Umsetzung der Strategie der österreichischen Sozialversicherung

Es fehlten übergreifende Versorgungskonzepte zwischen Krankenanstalten, Pensionsversicherung (Rehabilitation), Psychosozialen Diensten und Krankenversicherung. (TZ 8, TZ 12, TZ 21, TZ 40) Die Verbesserung der Qualifikation im ärztlichen Bereich erfolgte nur freiwillig bzw. zeitverzögert. (TZ 19) Die Rechtsgrundlagen für die psychotherapeutische Versorgung waren hinsichtlich der Qualitätsanforderungen und der Vertragslage unverändert. (TZ 22, TZ 23, TZ 26) Die Angebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie blieben hinter den Planwerten zurück. (TZ 20)

Lücken in den strategischen Festlegungen

(1) Keine gemeinsame Berücksichtigung von Behandlungs- und Folgekosten: Durch die bestehende Verteilung der Zuständigkeiten war die Finanzierung der Behandlung von der Finanzierung der Folgekosten getrennt. Dies erschwerte die richtige Priorisierung von Maßnahmen. (TZ 2)

(2) Keine ausreichende Priorisierung der psychischen Gesundheit in den zentralen Planungsinstrumenten Zielsteuerungsvertrag und Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bzw. Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG): Eine umfassende Optimierung dieses Bereichs war nicht als Vorgabe in den Zielsteuerungsverträgen 2012 bis 2016 bzw. 2017 bis 2021 und den RSG enthalten. (TZ 8)

(3) Keine zielgruppenspezifische Fokussierung der Maßnahmen: Die Gesamtzahl der von psychischen Problemen betroffenen Personen war sehr hoch und ihre Erkrankungen waren sehr heterogen. Wichtige strategische und planerische Maßnahmen erfolgten jedoch nicht zielgruppenspezifisch. So bestand die Gefahr, dass der Fokus auf jene Personen verloren ging, die eine systematische, aktive Betreuung benötigen. Auch dort gab es Gruppen mit sehr unterschiedlichen Bedarfen (z.B. Sucht, Demenz, Depressionen). (TZ 11)

(4) Mangelhafte Datenlage: Weder die Ausgangslage (Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung) noch die Wirkung der Behandlung waren vollständig in den verfügbaren Daten abgebildet. Eine Stelle mit der Verantwortung, die Daten zusammenzufassen, zu analysieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten, bestand nicht. (TZ 6)

(5) Keine wirkungsorientierte Ausrichtung des Angebots: Konkrete Versorgungsziele fehlten weitgehend. Bei mehreren Versorgungsbereichen (fachärztliche Behandlung (TZ 16), Psychotherapie (TZ 24), Verschreibung von Medikamenten (TZ 29), Angebotsstruktur der Kinder- und Jugendpsychiatrie (TZ 20)) war jedoch eine Beurteilung der unterschiedlich gestalteten Vorgehensweisen so nicht möglich. Voraussetzung für eine gezielte Weiterentwicklung der Versorgung war daher die begleitende Definition von Wirkungszielen und deren Messung. (TZ 2)

(6) Keine gemeinsame Berücksichtigung sozialer und gesundheitlicher Aspekte: Eine integrierte medizinische und soziale Aspekte umfassende Versorgung war für psychisch Erkrankte noch nicht umgesetzt. Medizinische Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung sollten bei Bedarf mit Interventionen zur Wohn-, Familien- oder Arbeitsmarktsituation einhergehen. Andernfalls konterkarierten sich gegebenenfalls die jeweiligen Maßnahmen bzw. konnte deren Wirksamkeit nicht sichergestellt werden. (TZ 21)

Probleme in der Gesundheitsplanung

(1) Eine klare Zuordnung von Steuerungsverantwortung bestand nicht. Dies galt insbesondere für die Versorgung im Einzelfall (z.B. Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Psychosoziale Dienste, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder Spitalsambulanzen). Die Auswahl sollte sachlichen Kriterien nach dem Prinzip des „best point of service“ folgen. Die mit der Steuerungsfunktion versehenen Einrichtungen sollten zur Umsetzung dieser Aufgabe auch über die verfügbaren Ressourcen (z.B. Psychotherapie, Rehabilitationsaufenthalte) entscheiden können. (TZ 40)

(2) Die Instrumente für die übergreifende Stellenplanung waren nicht ausreichend valide und die Vorgaben des ÖSG zu sehr an der Vergangenheit ausgerichtet. (TZ 13, TZ 14) Klare Versorgungsaufträge im Bereich psychischer Gesundheit fehlten entgegen den Zielsetzungen der Gesundheitsreform 2012. Wichtige Kenndaten wie z.B. die Anzahl der Patientinnen bzw. Patienten je Ärztin bzw. Arzt wichen zwischen Salzburg und der Steiermark stark ab, ohne dass der Behandlungserfolg gemessen wurde. Die Modernisierung der Gesamtverträge und Honorarordnungen war insbesondere in der Steiermark noch nicht abgeschlossen. (TZ 16, TZ 17)

(3) Insbesondere in der Steiermark existierten mit dem niedergelassenen Bereich sowie den um Ambulatorien erweiterten Psychosozialen Diensten zwei parallele Versorgungsangebote. In Salzburg war diese Doppelgleisigkeit in geringerem Ausmaß auch vorhanden. Die Träger der Versorgung (Land und GKK) hatten damit ihre Leistungen im fachärztlichen Bereich nicht klar abgegrenzt bzw. abgestimmt. (TZ 21)

Probleme in den gesetzlichen Rahmenbedingungen

Es bestanden unklare gesetzliche Rahmenbedingungen insbesondere in den Bereichen Psychotherapie (TZ 22, TZ 23) und Rehabilitation (Zuständigkeit und Leistungsformen, TZ 30, TZ 31):

Die Ausgestaltung der Versorgung mit Psychotherapie wich von der gesetzlichen Regelung ab, da ein Gesamtvertrag fehlte und die Leistung damit im Ergebnis kontingentiert war. Zwischen den Versicherungsträgern bestanden große Unterschiede im Versorgungsumfang je Anspruchsberechtigten (z.B. über 100 % Unterschied zwischen der SGKK und der StGKK). Die Bedingungen der Leistungsanspruchnahme unterschieden sich sowohl zwischen den Krankenversicherungsträgern (so galt für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei der SGKK ein Selbstbehalt, bei der StGKK nicht), als auch zwischen den Anbietern (Ärztinnen und Ärzten, Vereinen, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und –therapeuten). Dies war für die Anspruchsberechtigten intransparent. (TZ 23, TZ 24, TZ 25, TZ 26)

Obwohl psychiatrische Rehabilitation mit einem Zuwachs von rd. 54 % in den Jahren 2012 bis 2016 eines der am stärksten wachsenden Angebote für psychisch Erkrankte war, waren die Rahmenbedingungen dafür unklar: Die Zuständigkeitsverteilung zwischen der Pensions- und der Krankenversicherung war unbefriedigend geregelt. Die Gruppe der Pensionistinnen und Pensionisten erhielt nur erschwert Zugang. Eine ambulante Rehabilitation war für mehrere Personengruppen ohne ersichtlichen sachlichen Grund nicht vorgesehen. (TZ 30, TZ 31, TZ 34, TZ 35, TZ 36)

Handlungserfordernisse

Der RH sah insbesondere folgende Handlungserfordernisse:

- 1) Eine konsequente Umsetzung der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (verbesserte Kooperation mit Spitälern und Psychosozialen Diensten, Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kompetenzstärkung im niedergelassenen Bereich, Verbesserungen bei der Psychotherapie),
- 2) eine Erweiterung der strategischen Zielsetzungen (Berücksichtigung von Folgekosten, Hervorhebung im Zielsteuerungsvertrag und im ÖSG bzw. in den RSG, zielgruppenspezifische Vorgehensweise, Orientierung an Wirkungszielen, gemeinsame Berücksichtigung gesundheitlicher und sozialer Aspekte, Verbesserung der Datenlage),
- 3) Anpassungen in der Gesundheitsplanung (bedarfsgerechte Festlegung des Angebots im fachärztlichen Bereich und in der Psychotherapie, Definition des jeweiligen Versorgungsauftrags, klare Zuordnung der Steuerungsverantwortung),
- 4) ein Hinwirken auf eine Anpassung gesetzlicher Rahmenbedingungen (insbesondere hinsichtlich der Rehabilitation und der Psychotherapie). (TZ 2 bis TZ 9)

Empfehlungen

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie an die drei überprüften Sozialversicherungsanstalten (SGKK, StGKK, PVA) hervor:

- Gemeinsam mit den Ländern wäre eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit zu entwickeln; dieser wären klare Wirkmechanismen zugrunde zu legen und sowohl die Behandlungsaufwendungen als auch die Krankheitsfolgen zu berücksichtigen.
- Auf eine größere Bedeutung der psychischen Gesundheit in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und den RSG wäre hinzuwirken.
- Ambulante Rehabilitationsmaßnahmen wären künftig nach sachlichen Kriterien unter Gleichbehandlung aller Anspruchsberechtigten zu gewähren.
- Auf eine gesetzliche Neuregelung der Psychotherapie als Krankenbehandlung wäre unter Berücksichtigung von spezifischen Qualifikationsanforderungen, eines breit gestreuten Angebots, einer bedarfsorientierten Steuerung und der Inanspruchnahme von Wahlleistungen hinzuwirken. (TZ 41)

Kenndaten

Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung ¹				
Rechtsgrundlage	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz (ASVG), BGBl. 189/1955 i.d.g.F.			
	2015		2016	
	absolut	je Anspruchsberechtigte/n	absolut	je Anspruchsberechtigte/n
Salzburger Gebietskrankenkasse				
Psychopharmaka				
Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	10,92	20,3	10,02	18,6
Verordnungen (Anzahl)	594.434	1,30	589.683	1,28
fachärztliche Leistungen (Psychiatrie, Neurologie)				
Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	5,09	9,5	5,60	10,4
Fälle (Anzahl)	38.059		39.931	
Psychotherapie: Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	7,92	17,34	8,64	18,74
Spital: Belagstage psychiatrische Diagnosen (Anzahl)	100.582	0,222	102.792	0,225
Steiermärkische Gebietskrankenkasse				
Psychopharmaka				
Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	29,26	23,9	26,88	22,0
Verordnungen (Anzahl)	1.603.504	1,70	1.617.249	1,69
fachärztliche Leistungen (Psychiatrie, Neurologie)				
Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	10,37	8,5	10,98	9,0
Fälle (Anzahl)	105.998		109.086	
Psychotherapie: Aufwand (absolut in Mio. EUR, je Anspruchsberechtigte/n in EUR)	7,47	7,92	7,70	8,07
Spital: Belagstage psychiatrische Diagnosen (Anzahl)	189.818	0,220	192.619	0,204
	in Mio. EUR			
Pensionsversicherungsanstalt Salzburg				
Aufwand für Invaliditätspension ¹ aufgrund psychischer Erkrankung	31,14		33,31	
Aufwand für psychiatrische Rehabilitation	2,37		3,21	
Pensionsversicherungsanstalt Steiermark				
Aufwand für Invaliditätspension ¹ aufgrund psychischer Erkrankung	178,75		185,88	
Aufwand für psychiatrische Rehabilitation	9,97		13,61	

Rundungsdifferenzen möglich

¹ Das ASVG verwendet für Arbeiterinnen und Arbeiter den Begriff „Invalidität“ und für Angestellte den Begriff „Berufsunfähigkeit“. Das Gewerbliche Sozialversicherungsgesetz und das Bauern-Sozialversicherungsgesetz verwenden den Begriff „Erwerbsunfähigkeit“. Der RH verwendet zur leichteren Lesbarkeit einheitlich den Begriff der Invaliditätspension.

Quellen: Hauptverband; SGKK; StGKK

Prüfungsablauf und –gegenstand

1 (1) Der RH überprüfte zwischen Mai und Oktober 2017 die Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung bei der Salzburger Gebietskrankenkasse (**SGKK**), der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse (**StGKK**), der Pensionsversicherungsanstalt (**PVA**), beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (**Hauptverband**) und beim Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Der RH holte weiters Auskünfte bei der Gesundheit Österreich GmbH sowie bei der Ärztekammer für Salzburg bzw. der Ärztekammer für Steiermark ein.

(2) Die Angelegenheiten der Gesundheit waren bis 7. Jänner 2018 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen angesiedelt. Mit Inkrafttreten der BMG-Novelle 2017² ressortieren diese Angelegenheiten im Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Der RH überprüfte daher das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, der Adressat der Empfehlungen ist jedoch das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (beide kurz: **Ministerium**).

Die Versorgung psychisch Erkrankter³ erforderte ein abgestimmtes Vorgehen hinsichtlich der Ziele (insbesondere vom Ministerium), der Leistungserbringung im Spital bzw. durch Psychosoziale Dienste, Beratung und Betreuung der Länder, des niedergelassenen Bereichs (Gebietskrankenkassen, **GKK**) sowie der rehabilitativen Maßnahmen (PVA). Der RH richtet sektorenübergreifende Empfehlungen daher gemeinsam an das Ministerium, die PVA, die überprüften GKK und den Hauptverband, Empfehlungen zu Einzelmaßnahmen an den jeweils zuständigen Rechtsträger.

(3) Ziel der Gebarungüberprüfung war die Beurteilung der Sparsamkeit, Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit der Versorgung psychisch Erkrankter durch die beiden GKK und die PVA angesichts steigender Folgekosten (insbesondere bei Invalidität). Der überprüfte Zeitraum umfasste die Jahre 2012 bis 2016. Soweit erforderlich nahm der RH auch auf frühere bzw. aktuellere Entwicklungen Bezug. Für die Auswahl der Bundesländer Salzburg und Steiermark waren große Unterschiede bei den verfügbaren Statistiken zur Versorgung (z.B. hinsichtlich der Ausgaben für Psychotherapie (**TZ 24**) oder hinsichtlich der fachärztlichen Versorgung (**TZ 14**) und der Heilmittelausgaben pro Kopf (**TZ 29**)) mitentscheidend.

² BGBl. I 164/2017 vom 28. Dezember 2017, in Kraft getreten am 8. Jänner 2018

³ Die Terminologie hinsichtlich der Bezeichnung psychischer Krankheiten ist nicht einheitlich. Der RH verwendet in weiterer Folge grundsätzlich den Begriff „psychisch Erkrankte“, soweit jedoch offizielle Dokumente spezifisch von psychiatrischen Diagnosen, Berufen oder Leistungen sprechen (z.B. im fachärztlichen Bereich oder bei den Leistungsbeschreibungen für Rehabilitation) übernimmt der RH die jeweilige Bezeichnung.

(4) Weiters prüfte der RH die „Psychosozialen Angebote in den Ländern Salzburg und Steiermark“ sowie die „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“, worüber er jeweils einen gesonderten Bericht (u.a. Reihe Bund 2019/6 und Reihe Bund 2018/57) erstellte. Ziel dieser Prüfungen war einerseits die Beurteilung der Organisation und Planung jener Versorgungsangebote, die auf die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit ausgerichtet waren, andererseits die Beurteilung der stationären Versorgung psychisch Erkrankter.

(5) Im Zuge der Gebarungsüberprüfung wertete der RH für die Jahre 2015 und 2016 pseudonymisierte Daten von rd. 174.000 Personen aus, die Versorgungsangebote für psychische Gesundheit beanspruchten („Prävalenzgruppe“) und analysierte dafür rd. 16 Mio. Abrechnungsvorgänge.⁴ Die wesentlichsten Ergebnisse dieser Auswertungen finden sich im Anhang. Im Bericht wird an verschiedenen Stellen an diese Analysen angeknüpft und darauf verwiesen.

(6) Zu dem im Mai 2017 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen das Ministerium und der Hauptverband im August 2018, die PVA, die SGKK und die StGKK im Juli 2018 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerungen im Februar 2019.

⁴ Der RH definierte Kriterien für die Abgrenzung der für die Versorgungsstrukturen zur psychischen Gesundheit relevanten Personengruppe anhand der Nutzung von Psychopharmaka und ärztlichen Leistungen in den Jahren 2015 und 2016. Das betraf in der SGKK rd. 53.000 Personen und in der StGKK rd. 120.000 Personen. Zu diesen Personen erhielt der RH pseudonymisierte Daten über die Kontakte mit der Sozialversicherung (Heilmittelverordnungen, Arztbesuche, Spitalsaufenthalte, Krankenstände, Psychotherapie etc.) und ausgewählte Kontakte mit der PVA (Rehabilitation, Geldleistungen wegen Invalidität). Daten aus den Psychosozialen Diensten waren nicht verfügbar.

Relevanz des Themas und Ausgangslage

Entwicklung der Erkrankungen und Folgekosten

2.1 (1) Psychische Erkrankungen stellten für das Gesundheitssystem eine Herausforderung mit wachsender Bedeutung dar. Dies galt sowohl aus Sicht der gesundheitlichen Belastung der Bevölkerung als auch wegen der finanziellen Belastung der Sozialversicherung: Die „verlorenen Lebensjahre“ durch psychische Erkrankungen nach der Definition der WHO stiegen zwischen 1990 und 2010 um fast 40 %. Bis 2030 werden laut WHO in Industriestaaten drei der fünf Erkrankungen mit der größten Belastung für die Bevölkerung psychische Krankheiten sein (Depression, Alzheimer und Demenz) und das Lebenszeit-Erkrankungsrisiko wird über 50 % liegen.

(2) Für die Ursachen dieses Anstiegs gab es unterschiedliche Erklärungen:

Tabelle 1: Anstieg von psychischen Erkrankungen: mögliche Ursachen und Maßnahmen dagegen

mögliche Ursache	Erläuterung	mögliche Maßnahmen
häufigeres Auftreten von Erkrankungen		Ausbau der Versicherungsleistungen
Entstigmatisierung	gestiegene Bereitschaft, psychische Erkrankungen behandeln zu lassen	Ausbau der Versicherungsleistungen
Ausweitung der Diagnosen	Gesundheitszustände, die keine Krankheiten im Sinn des ASVG darstellen, werden diagnostiziert und behandelt	keine zusätzlichen Versicherungsleistungen
schwierigere soziale Umstände	Früher im Berufsleben akzeptierte Personen können aufgrund steigender Anforderungen nicht mehr am Arbeitsmarkt eingesetzt werden und gehen in Krankenstand oder Invaliditätspension.	soziale Maßnahmen (z.B. erweiterter Arbeitsmarkt), Prävention, Aus- und Weiterbildung

Quelle: RH

(3) Psychische Erkrankungen verursachten hohe Aufwendungen für die Krankheitsfolgen im Vergleich zur Behandlung: Die Aufwendungen für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld wegen psychischer Erkrankungen lagen im Jahr 2016 bei knapp 1 Mrd. EUR. Da sie seit 2007 rund dreimal so stark gestiegen waren wie die Inflation, entsprach dies im Jahr 2016 einem Mehraufwand von rd. 258,82 Mio. EUR (TZ 3). Die Zahl der Krankenstandstage aus psychischen Gründen stieg bei Erwerbstätigen im Zeitraum 2007 bis 2016 um 94 % bzw. rd. 1,80 Mio. Tage, was im Jahr 2016 einen Mehraufwand beim Krankengeld von mindestens rd. 35,18 Mio. EUR ausmachte (TZ 37). Somit betragen die Mehraufwendungen für Krankheitsfolgen im Jahr 2016 insgesamt rd. 300 Mio. EUR. Ein hoher Teil der Krankheitsfolgen (Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld) war von der Pensionsversicherung zu tragen, die Krankenbehandlung dagegen von den Krankenversicherungsträgern (im niedergelassenen Bereich) bzw. den Ländern (Abgangsdeckung der Spitäler).

2.2

Der RH wies auf die mit rd. 1 Mrd. EUR (2016) allein für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld hohen und stark steigenden Folgekosten psychischer Erkrankungen hin. Er war der Ansicht, dass zwei Faktoren eine angemessene Reaktion darauf erschwerten: die unterschiedlichen Ursachen für diese Entwicklung und die Trennung der finanziellen Verantwortung für Behandlung und Krankheitsfolgen (Invaliditätspensionen, Rehabilitationsgeld).

Je nach Erklärung für die Entwicklung waren unterschiedliche Maßnahmen der öffentlichen Hand von einer Fortschreibung des bestehenden Systems über einen Ausbau der Versicherungsleistungen bis hin zu sozialen Maßnahmen (z.B. erweiterter Arbeitsmarkt) möglich. Da die für die Gesundheitsplanung verantwortlichen Institutionen von den Folgekosten nur eingeschränkt betroffen waren, konnte für sie die Versorgung psychisch Erkrankter von geringer Priorität sein (TZ 8).

Der RH hielt fest, dass eine sektorenübergreifende Strategie mit klaren Zielen und Maßnahmen erforderlich ist, die auf der Identifikation der maßgeblichen Wirkmechanismen (d.h. welche Faktoren für welche Zielgruppe welche Wirkung haben) und einer gemeinsamen Berücksichtigung von Behandlungsaufwand und Krankheitsfolgen basiert.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband sowie der SGKK, der StGKK und der PVA, gemeinsam mit den Ländern eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit zu entwickeln, dieser klare Wirkmechanismen zugrunde zu legen und sowohl die Behandlungsaufwendungen als auch die Krankheitsfolgen zu berücksichtigen.

2.3

(1) Der Hauptverband stufte in seiner Stellungnahme das Ziel des RH als sehr ambitioniert ein. Auch im Bereich der somatischen Erkrankungen seien Strategien, die Wirkmechanismen und Kosten–Nutzen–Faktoren berücksichtigen, nicht vorhanden. Gerade bei psychischen Erkrankungen werde dies aber – angestoßen durch die Aktivitäten der Sozialversicherung – vermehrt angestrebt. Im Rahmen des Österreichischen Gesundheitsziels „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ sei die Erstellung eines Konzepts für eine gesamthafte Lösung zur Organisation und Finanzierung der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung als gemeinsame Maßnahme von Ministerium, Hauptverband und Wiener Gebietskrankenkasse vorgesehen.

(2) Die SGKK führte in ihrer Stellungnahme einleitend aus, die ausreichende und qualitativ hochstehende Versorgung psychisch Erkrankter sei ihr seit vielen Jahren ein besonderes Anliegen. Sie sei federführend bei der Ausarbeitung der Strategie der österreichischen Sozialversicherung „Psychische Gesundheit – Strategie der österreichischen Sozialversicherung“ gewesen. Bei der Umsetzung dieser Strategie seien einige Eckpunkte offen. Außerdem wäre die Strategie unter Einbindung aller Sozialver-

sicherungsträger zu aktualisieren. Die letzte aktuelle Bemühung dazu sei die in der Trägerkonferenz im Juni 2018 beschlossene „Strategie zur Stärkung der Sachleistungsversorgung“. Unstrittig aus Sicht der SGKK sei, dass eine frühzeitige, fachspezifische Therapie offensichtlich die Folgekosten günstig beeinflusse.

Die SGKK stimmte daher der Empfehlung des RH zu und führte ergänzend aus, dass den Strategien auf Landesebene eine bundesweite Strategie zugrunde zu legen wäre. Aufgrund vielfältiger Schnittstellen seien eine bundesweite klare Zielsetzung und Festlegung der Verantwortlichkeit von besonderer Bedeutung. Konkret treffe dies den Bund, die Länder, die Gemeinden, die Krankenversicherungsträger, die PVA und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (**AUVA**). Auf wissenschaftlicher Basis wären Wirkmechanismen zu definieren und valide Berechnungsmodelle zu entwickeln. Eine klare Zuordnung der Verantwortlichkeiten für diese patientenorientierte, sektorenübergreifende Strategie sei gesetzlich zu determinieren. Eine einheitliche Verantwortung für den Behandlungserfolg, die Folgekosten und die Finanzierung der notwendigen Maßnahmen sei essentiell.

(3) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme die Meinung des RH und sagte zu, im Rahmen der Bundeszielsteuerung auf eine österreichweite sektorenübergreifende Strategie mit klaren Zielen und Maßnahmen hinzuwirken, welche die Grundsätze für eine Umsetzung auf Landesebene bilden.

(4) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

Invalidität aufgrund psychischer Erkrankungen

Relevanz und Gebarungsvolumen

3.1

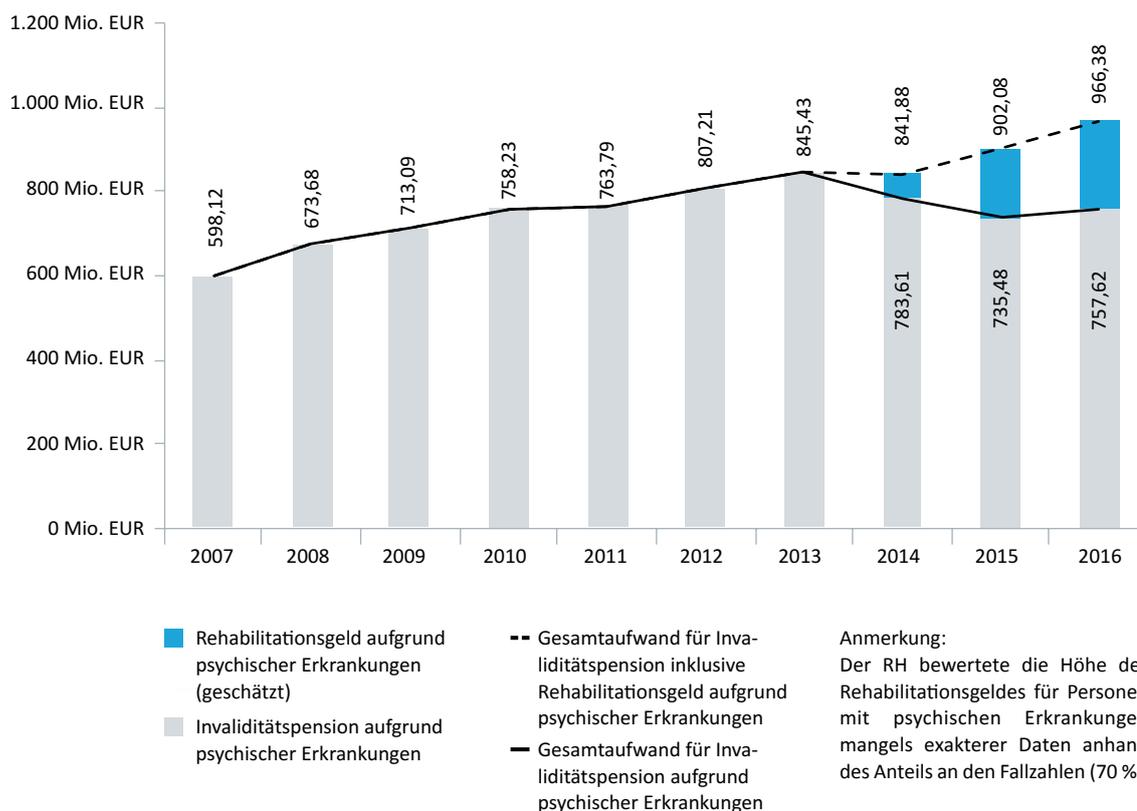
(1) Psychische Erkrankungen waren im Jahr 2016 die Ursache für rd. 40 % der laufenden Invaliditätspensionen. Dabei zeigte sich eine stark steigende Tendenz: Der Anteil der Personen mit psychischen Erkrankungen an den Neugewährungen von Invaliditätspensionen stieg von rd. 10 % im Jahr 1995⁵ auf rd. 37 % im Jahr 2016. Bei den Personen, die in diesem Jahr Rehabilitationsgeld bezogen, war der Anteil der psychisch Erkrankten mit rd. 72 % noch höher.⁶

⁵ OECD, Mental Health and Work: Austria (2015), S. 36 (**TZ 5**).

⁶ Mit dem Sozialrechtsänderungsgesetz 2012 wurde für alle ab dem 1. Jänner 1964 geborenen Personen die bisherige befristete Invaliditätspension abgeschafft und bei vorübergehender, voraussichtlich länger als sechs Monate dauernder Invalidität ein Umschulungsgeld bzw. Rehabilitationsgeld eingeführt; vgl. dazu den RH-Bericht „Invaliditätspension Neu“ (Reihe Bund 2017/33). Aufgrund der Jahrgangsgrenze waren hier jüngere Personen betroffen, bei denen psychische Erkrankungen im Vergleich zu z.B. Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparats häufiger auftraten.

Die durchschnittliche Geldleistung für Rehabilitationsgeld oder Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen lag dabei im Jahr 2016 bei rd. 1.000 EUR bis 1.100 EUR pro Monat.⁷ Die folgende Abbildung zeigt die Entwicklung des Aufwands seit 2007:

Abbildung 1: Entwicklung des Aufwands für Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen in Mio. EUR



Die Steigerung des Gesamtaufwands lag im Zeitraum 2007 bis 2016 mit rd. 62 % etwa dreimal so hoch wie die Inflation bzw. die Pensionsanpassung (rd. 18 % bzw. 19 %). Der über der Inflation liegende Mehraufwand entsprach im Jahr 2016 rd. 258,82 Mio. EUR.

Diese Steigerung erfolgte trotz insgesamt sinkender Anzahl der Invaliditätspensionen (siehe auch Tabelle A im Anhang) und erschwerter rechtlicher Rahmenbedingungen, wie z.B. einer Verlängerung der Sperrfrist und der Erhöhung des Alters für

⁷ Die durchschnittliche Invaliditätspension betrug 2016 (ohne Ausgleichszulage) rd. 1.072 EUR pro Monat, bei Bezug aufgrund psychischer Erkrankung rd. 957 EUR (jeweils 14 Mal pro Jahr, d.h. rd. 1.120 EUR pro Monat). Das durchschnittliche Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen betrug rd. 977 EUR (StGKK) bzw. 990 EUR (SGKK) pro Monat (zwölf Mal pro Jahr).

den Tätigkeitsschutz. Wie der RH in seinem Bericht „Invaliditätspension Neu“ (Reihe Bund 2017/33) darstellte, waren die Bemühungen, durch ein Case Management der Krankenversicherungsträger nach Eintritt der vorübergehenden Invalidität eine wesentliche Besserung zu erzielen, bisher wenig erfolgreich.

3.2

Der RH wies darauf hin, dass die Aufwendungen für Invaliditätspensionen bzw. das Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen im Jahr 2016 beinahe 1 Mrd. EUR erreichten. Gegenüber einer inflationsbereinigten Fortschreibung des Aufwands 2007 machte im Jahr 2016 der österreichweite Mehraufwand rd. 258,82 Mio. EUR aus. Dies war insbesondere durch geänderte Rahmenbedingungen, wie den steigenden Anteil von Personen mit Invaliditätspension bzw. Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen, begründet. Dadurch entstand eine erhebliche Belastung für die Sozialversicherungen, aber – wegen der niedrigen Durchschnittsleistung von rd. 1.000 EUR bis 1.100 EUR pro Monat – auch für die Betroffenen. Der RH sah deshalb einen hohen Handlungsbedarf für die Gesundheits- und Sozialpolitik, dieser Entwicklung entgegenzusteuern und verwies auf seine Empfehlung zu **TZ 2**.

Regionale und Geschlechtsunterschiede

4.1

(1) Bei Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld bestanden große Unterschiede zwischen den Bundesländern Salzburg und Steiermark. Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Beziehenden einer Invaliditätspension bzw. von Rehabilitationsgeld (siehe dazu auch Tabelle C im Anhang):

Tabelle 2: Beziehende von Invaliditätspension und Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen, 2016, Steiermark und Salzburg

	Invaliditätspension aufgrund psychischer Erkrankungen	Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen	Summe
	Anzahl der Beziehenden		
Pensionsversicherungsanstalt	56.804	14.058	70.862
<i>davon</i>			
<i>Steiermark</i>	12.923	3.720	16.643
<i>Salzburg</i>	2.437	734	3.171
	Anzahl der Beziehenden pro 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner		
Pensionsversicherungsanstalt	6,48	1,60	8,09
<i>davon</i>			
<i>Steiermark</i>	10,44	3,01	13,45
<i>Salzburg</i>	4,44	1,34	5,78

Quellen: PVA; RH

Die Anzahl der Leistungsbeziehenden je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner lag für die Steiermark mit 13,45 um rd. 133 % über dem Wert von Salzburg (5,78) bzw. um rd. 66 % über dem österreichweiten Durchschnitt (8,09). Dies entsprach im Vergleich zu Salzburg jährlichen Mehrausgaben als Folgekosten psychischer Erkrankungen von über 100 Mio. EUR, im Vergleich zum Bundesschnitt mehr als 80 Mio. EUR.

Unterschiede bestanden auch zwischen den Geschlechtern. Die Invaliditätspension war österreichweit im Jahr 2016 bei Frauen zu rd. 54 % durch psychische Erkrankungen begründet, bei Männern zu rd. 33 %. Insgesamt bezogen jedoch mehr Männer Invaliditätspension (2016: 98.912 Männer, 44.315 Frauen). Die Anzahl der Beziehenden nahm – ohne Berücksichtigung des Rehabilitationsgeldes – sowohl bei Männern als auch bei Frauen insgesamt bzw. bei psychischen Erkrankungen von 2012 bis 2016 ab (bei Männern aufgrund psychischer Erkrankung -11 %, bei Frauen -21 %). Hinsichtlich der Diagnosen überwogen generell affektive Störungen wie Depressionen. Bei Männern spielten jedoch andere Diagnosen, u.a. die Folgen von Drogenmissbrauch, eine höhere Rolle als bei Frauen (siehe Tabelle B im Anhang).

(2) Die Gründe dieser Unterschiede waren unklar. Die PVA ging nach internen Analysen bzw. Maßnahmen zur Qualitätssicherung ihrer Prozesse davon aus, dass die Ursachen nicht bei ihr lagen. Übergreifende Analysen (z.B. über die Auswirkungen unterschiedlicher Versorgungsstrukturen oder epidemiologische Unterschiede) fehlten jedoch. Weder die PVA noch die StGKK setzten konkrete Maßnahmen zur Reduktion dieses Unterschieds.

4.2

Der RH wies darauf hin, dass im Jahr 2016 in der Steiermark im Vergleich zu Salzburg der Anteil von Personen mit Geldleistungen (Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld) wegen psychischer Erkrankungen um rd. 133 % höher war und dadurch ein Mehraufwand von über 100 Mio. EUR entstand. Im Sinne einer Orientierung an Wirkmechanismen hielt der RH die Analyse von unterschiedlichen Vorgehensweisen der Krankenbehandlung gerade jener Länder, die sich in den Folgekosten besonders unterschieden, für wesentlich.

Der RH empfahl der PVA, sicherzustellen, dass keine unterschiedlichen Bewilligungspraxen für Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld vorliegen, mit den Systempartnern (Ländern, GKK) mögliche Ursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme zu analysieren sowie gemeinsam Gegenmaßnahmen zu setzen.

4.3

Die PVA wies in ihrer Stellungnahme darauf hin, dass sie bereits eine Reihe von Maßnahmen getroffen habe, um eine einheitliche Begutachtungs- und Entscheidungspraxis sicherzustellen; dies umfasse insbesondere die Erstellung eines Begutachtungsplanes 2017, die 2018 erfolgte Aktualisierung eines Glossars zum Leistungskalkül, einen einheitlichen Begutachtungsablauf mit elektronischer

Prozess-Steuerung, ein neues Dokumentationssystem der psychisch-geistigen Leistungsfähigkeit, die Einführung von „Peer Reviews“ für alle Gutachterärztinnen und -ärzte, Qualitätsstudien zum Vergleich der Gutachten, ein Wissensmanagement, ein regelmäßiges Controlling der Zuerkennungsquoten und ein bundesländerweites Pilotprojekt zur Oberbegutachtung.

Die unterschiedliche Inanspruchnahme sei z.B. auf regionale Verdienstmöglichkeiten, Pendelerfordernisse, kulturelle Gepflogenheiten und die persönliche Motivenlage zurückzuführen. Die Antragstellung weise daher eine hohe Schwankung zwischen den Bundesländern und im Jahresverlauf auf.

Als gemeinsame Gegenmaßnahme (auch als Beitrag zur Optimierung der Versorgung) seien die Maßnahmen zur Frühintervention bzw. der Früherfassung zu nennen. Dadurch verfolge die Sozialversicherung wesentliche Ansätze eines trägerübergreifenden Zusammenwirkens zur Vermeidung von Krankheitsentwicklungen, die schließlich in einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsleistungen münden.

Einschätzungen der bestehenden Versorgungslage

5.1 Im Jahr 2015 veröffentlichte die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (**OECD**) die Studie „Mental Health and Work: Austria“. Diese enthielt kritische Anmerkungen zur Versorgungslage in Österreich. Das niedergelassene fachärztliche Angebot sei gering bemessen und wenig koordiniert, die Möglichkeiten der Allgemeinmedizin würden nicht ausreichend genutzt, die Finanzierung und Regelung der Psychotherapie seien in vielen Fällen nicht effektiv und Probleme in der Zusammenarbeit zwischen den Sektoren würden die Ergebnisse der Behandlung beeinträchtigen. Im Jahr 2017 räumte auch die Arbeitsgruppe zur Bearbeitung des Gesundheitsziels zur psychischen Gesundheit (**TZ 8**) Defizite im Versorgungsangebot ein.

5.2 Der RH wies darauf hin, dass die OECD und die Arbeitsgruppe zur Bearbeitung des Gesundheitsziels zur psychischen Gesundheit die Versorgungslage in Österreich kritisch beurteilt hatten. Er nahm dies zum Anlass, im Kapitel „Versorgungsangebote im Vergleich“ (**TZ 10** bis **TZ 40**) detaillierte Analysen dazu vorzunehmen.

Datenlage

6.1 Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung gab es zu psychischen Erkrankungen kaum epidemiologische Daten über die Verbreitung psychischer Erkrankungen.⁸ Standardisierte Diagnosen bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung

⁸ Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung arbeitete die Medizinische Universität Wien an einer drittmittelfinanzierten Studie zur psychischen Gesundheit in Österreich.

lagen nur bei Spitalsaufenthalten und Krankenständen vor, somit bei weniger als 20 % der Personen, die Psychopharmaka einnahmen. Auch die Datenlage über die Inanspruchnahme von Leistungen war eingeschränkt (z.B. Heilmittel unter der Rezeptgebühr (TZ 28), Inanspruchnahme von Psychosozialen Diensten⁹ (TZ 21), Leistungen der allgemeinmedizinischen Versorgung (TZ 19)). Ebenso fehlten Daten über die Wirkung der Behandlungen. Es gab auch keine zentrale Stelle, die alle verfügbaren Daten sektorenübergreifend zu regelmäßigen Berichten zusammenzufassen (z.B. hinsichtlich von Überschneidungen von Angeboten der Länder und der GKK) sowie zu analysieren (z.B. Angebotsdichte) und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten hatte.

6.2 Der RH kritisierte, dass die Ausgangslage (Verbreitung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung), die Inanspruchnahme von Leistungen und die Wirkung der Behandlung nicht vollständig in den verfügbaren Daten abgebildet waren. Der RH hatte seit 2008 wiederholt die standardisierte Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich empfohlen.¹⁰ Angesichts der Dynamik der Entwicklung der psychischen Erkrankungen (TZ 2) hielt der RH gerade in diesem Bereich solide Datengrundlagen für entscheidend.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, gesicherte Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, in Anspruch genommene Leistungen, Wirkung der Behandlung) zur psychischen Gesundheit zu schaffen. Weiters wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und daraus Handlungsempfehlungen ableitet.

6.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, bei der Schaffung zusätzlicher Datengrundlagen sei immer zwischen Aufwand und Nutzen abzuwägen. Für die geforderte Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich leiste es seit Jahren Überzeugungsarbeit. Die leistungserbringenden Personen seien jedoch dazu derzeit nicht bereit. Eine Verordnung von Amts wegen ohne Einvernehmen mit den Betroffenen erachte das Ministerium nicht als zweckmäßig, weil dann die Datenqualität erfahrungsgemäß sehr niedrig sei. Das Ministerium werde sich jedoch mit allen verfügbaren Mitteln dafür einsetzen, dass eine Dokumentation von Diagnosen im niedergelassenen Bereich in absehbarer Zeit realisiert werden könne.

(2) Der Hauptverband sagte zu, die Empfehlung des RH bei seinen weiteren Überlegungen zum Thema zu berücksichtigen. Voraussetzung für die Umsetzung sei die verpflichtende Codierung der Diagnosen im niedergelassenen Bereich. Dazu wür-

⁹ in Salzburg: Psychosozialer Dienst des Landes Salzburg; in der Steiermark: psychosoziale Beratungsstellen

¹⁰ „Vergleich der Wiener Gebietskrankenkasse mit Oberösterreichischer Gebietskrankenkasse“, Reihe Bund 2008/2, TZ 6; zuletzt im Jahr 2016 im Bericht „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“, Reihe Bund 2016/3, TZ 7.

den gesetzliche Grundlagen fehlen. Infrage zu stellen sei aber auch die Diagnostik selbst, die derzeit auf Basis verschiedener Methoden und Messinstrumente – je nach Berufsgruppe – erfolge. Es bestünden hohe subjektive Interpretationsmöglichkeiten, sowohl auf Patienten– als auch auf Behandlerseite. Weitere grundsätzliche Fragen im Bereich psychischer Gesundheit wären jene nach der Abgrenzung krankheitswertig/nicht krankheitswertig bzw. jene, zu welchem Zeitpunkt Behandlungsbedürftigkeit bestehe. Die vom RH empfohlene auswertende Stelle könne nicht allein der Hauptverband sein; dieser habe dazu keine umfassenden Rechte. Stattdessen solle damit jene Stelle im Ministerium, die das Gesundheitsziel neun koordiniert bzw. federführend bearbeitet, betraut werden.

(3) Die SGKK stimmte den Empfehlungen des RH zu, wies aber auf die damit verbundene Beachtung der datenschutzrechtlichen Voraussetzungen hin. Bereits jetzt gebe es bei ELGA hohe situative Opt–outs im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen.

Der SGKK sei die Qualität der fachärztlichen Behandlung ein besonderes Anliegen. Gerade im Bereich der Psychiatrie solle es zu keinen „Massenabfertigungen“ der Patientinnen und Patienten kommen, sondern um wirksame Behandlungen gehen. Ein Problem sei die Weiter– bzw. Mitbehandlung von Patientinnen und Patienten durch Vertragsärztinnen und –ärzte für Allgemeinmedizin, um die beschränkten Kapazitäten der Fachärztinnen und –ärzte für Psychiatrie vermehrt für neue Patientinnen und Patienten anbieten zu können.

(4) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie unterstütze die Etablierung von gesicherten Datengrundlagen, wie etwa von standardisierten Diagnosen. Voraussetzung dafür sei eine Aufnahme in die (gesamt)vertraglichen Regelungen. Diesbezügliche Forderungen der Sozialversicherungsträger seien meist mit finanziellen Gegenforderungen von Interessenvertretungen und Vertragspartnern bzw. der Forderung nach Zugeständnissen verbunden oder würden grundsätzlich abgelehnt. Sinnvoll seien gesetzliche Regelungen, die Leistungserbringende unmittelbar binden. Vor Festlegung einer Stelle zur sektorenübergreifenden Auswertung von Daten müssten zunächst die notwendigen Datengrundlagen vorliegen.

(5) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend. Ab Juni 2018 seien aus Auswertungen ihres Data–Warehouse Verlaufsdaten zur Rehabilitation verfügbar, die eine zielgerichtete Planung erleichtern sollen.

6.4

Der RH nahm gegenüber dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK die Umsetzungshindernisse in Form von Bedenken der Betroffenen, finanziellen Gegenforderungen und Überzeugungsarbeit bei den Leistungserbringenden zur Kenntnis. Er hielt jedoch für eine gezielte Mittelverwendung die Kenntnis der

Erkrankungshäufigkeit, der Behandlungsschritte und ihrer Erfolge für erforderlich und blieb daher bei seiner Empfehlung.

Schwerpunkte der bisherigen Entwicklung

7.1 (1) Österreichweit entwickelten sich die Angebote für psychische Gesundheit zwischen 2007 und 2016 wie folgt:

- Sowohl die Zahl der Spitalsbetten in den psychiatrischen Abteilungen als auch die Zahl der Belagstage mit psychiatrischen Diagnosen gingen leicht zurück.¹¹
- Bei Heilmitteln trafen steigende Verordnungszahlen (+25 %) sowie sinkende Kosten pro Verordnung zusammen. Insgesamt blieb der Aufwand etwa gleich (+0,3 %).
- Der Aufwand für Psychotherapie stieg um rd. 69 %.
- Die Zahl der Fälle bei Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie stieg um rd. 30 %.
- Die Zahl der Rehabilitationsplätze vervierfachte sich.

(2) Die Angebote zur psychischen Gesundheit entwickelten sich nach den jeweils verfügbaren Sach- und Geldressourcen der Spitäler und der GKK sowie der PVA für die Rehabilitation entlang historisch gewachsener Strukturen (z.B. in je nach Bundesland zentralen oder dezentralen Einrichtungen oder nach bestehenden Verträgen im Bereich der Psychosozialen Dienste). Eine sektorenübergreifende Optimierung des Angebots nach Zielgruppen, Behandlungsverläufen und Wirkungsmodellen (welche Angebote können bei welchen Personen in welchem Stadium einer Erkrankung welche Erfolge erzielen) erfolgte nicht. Obwohl zahlreiche Analysen die Bedeutung einer frühzeitigen Hilfe betonten, war im Ergebnis eine sehr späte Intervention (die Rehabilitation bei drohender Berufsunfähigkeit) am stärksten gestiegen.

7.2 Der RH merkte kritisch an, dass trotz der hohen Steigerung der Folgekosten (**TZ 2**) die Entwicklung der Versorgungsangebote im letzten Jahrzehnt ohne grundlegende Optimierung nach Wirkungsmodellen erfolgt war.

Der RH verwies auf seine Empfehlung zu **TZ 2**.

¹¹ Die Anzahl der Spitalsbetten laut DIAG ging von 4.336 (2007) auf 4.035 (2016) zurück (die Anzahl der Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg dagegen an). In der Steiermark waren ein Anstieg von rd. 3 % und in Salzburg ein Absinken um 17 % zu verzeichnen. Die Kosten für psychiatrische Abteilungen stiegen allerdings (+38 %); dies dürfte auf eine Personalkostensteigerung zurückzuführen sein. Der Kostenanteil der psychiatrischen Betten blieb mit rd. 5 % stabil.

Strategische Festlegungen

Übergeordnete Strategie und Gesundheitsplanung

8.1

(1) Die WHO arbeitete seit 2005 an Strategien zum Umgang mit psychischen Erkrankungen. Ein Schwerpunkt war – neben Themen wie Entstigmatisierung, Entdiskriminierung und Eingliederung in das Arbeitsleben – die Verbesserung der Versorgung im niedergelassenen Bereich. Auf Basis eines WHO-Aktionsplans entstand in Österreich eine vom Ministerium veröffentlichte Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (in zweiter Auflage aus dem Jahr 2013). Diese umfasste im Rahmen von zehn strategischen Zielen u.a. die Forderung nach zuverlässigen Daten über die Häufigkeit psychischer Erkrankungen und die Versorgung, eine sektorenübergreifende Versorgung, eine Koordination des Gesundheits- und des Sozialbereichs und eine Orientierung an der Versorgungswirksamkeit und der Ergebnisqualität.

(2) Im Jahr 2012 beschloss der Ministerrat als Rahmen für die Steuerung des Gesundheitswesens bis zum Jahr 2032 zehn Gesundheitsziele für Österreich. Ein Gesundheitsziel betraf die Förderung der psychosozialen Gesundheit. Dabei wurden ein Handlungsbedarf im Hinblick auf die derzeitige Versorgungslage identifiziert und besonderes Augenmerk auf Kinder und alte Menschen, eine Entstigmatisierung und eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung gelegt. Eine Arbeitsgruppe aus über 40 Institutionen sollte bis Ende 2017 konkrete Strategie- und Maßnahmenkonzepte erarbeiten. Im Sommer 2017 lag ein vorläufiger Endbericht vor, der insbesondere die Überarbeitung der Rehabilitation durch die PVA (**TZ 30 ff.**), den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung (**TZ 22 ff.**) und verschiedene Einzelprojekte nannte.

(3) Die Umsetzung der Gesundheitsziele in der Versorgung oblag der Bundeszielsteuerungskommission. Dort waren Bund, Länder und Sozialversicherung als Finanzierer des Gesundheitssystems, nicht aber Patientinnen und Patienten vertreten. Eine Prüfung, inwieweit diese Kommission ihre Maßnahmen auf die Erreichung der Gesundheitsziele ausrichtete, war nicht festgelegt.

Der Zielsteuerungsvertrag 2012 bis 2016 enthielt kein Konzept zur psychischen Gesundheit, jener für 2017 bis 2021 nur das allgemeine Ziel eines bedarfsgerechten Ausbaus der psychosozialen Gesundheitsversorgung. Bis 2020 sollten insbesondere multiprofessionelle niederschwellige Angebote für Kinder und Jugendliche umgesetzt werden (**TZ 20**). Weitere konkrete Vorgaben (z.B. quantitative Vorgaben über die Versorgung mit Fachärzten bzw. Psychotherapie im Erwachsenenbereich) waren nicht vorgesehen.

(4) Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) 2017¹², der den verbindlichen Rahmen sowohl für die österreichweite Planung der Versorgungsstrukturen als auch für die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) auf Länderebene bildete, betonte (wie bereits der ÖSG 2012) bei der Versorgung von psychisch Erkrankten einen integrativen Ansatz und maß den Wechselwirkungen zwischen den Sektoren besondere Bedeutung zu. Der ÖSG 2017 legte Versorgungsgrundsätze wie z.B. Regionalisierung, den Vorrang „ambulant vor stationär“ sowie die Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche fest. Weiters enthielt er erstmals quantitative Vorgaben für den ambulanten fachärztlichen Bereich der Psychiatrie, allerdings mit erheblichen Bandbreiten (**TZ 14**). Zur Psychotherapie oder zu den Psychosozialen Diensten waren keine quantitativen Vorgaben enthalten.

Eine Planung des ambulanten Bereichs durch einen RSG fehlte in Salzburg gänzlich. In der Steiermark entstand im Sommer 2017 erstmals ein RSG mit ambulanter Planung (RSG Steiermark 2025). Dieser enthielt allerdings für den Bereich der Psychiatrie – neben Festlegungen zu Kindern und Jugendlichen (**TZ 20**) – nur einen Verweis auf den bereits verhandelten Stellenplan der StGKK. Vorgaben zu Anforderungen an die Leistungsanbieter hinsichtlich der strategischen Ziele – wie z.B. Datenqualität oder Wirkungsorientierung – fehlten ebenso wie eine Planung für Psychotherapie oder Rehabilitation.

(5) Die Bundesregierung sah in ihrem Arbeitsprogramm vom Jänner 2017¹³ – unabhängig von den Instrumenten der Zielsteuerung und der Strukturplanung – einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung um 25 % vor (**TZ 24**).

8.2

(1) Der RH anerkannte, dass der Ministerrat (in den Gesundheitszielen) bzw. das Ministerium (in der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit) die Herausforderung der wachsenden Bedeutung psychischer Erkrankungen erkannt hatte und strategische Festlegungen dazu getroffen hatte.

(2) Der RH kritisierte jedoch, dass nur für Teilbereiche, insbesondere die Kinder- und Jugendpsychiatrie, konkrete Pläne vorlagen. Weder die Zielsteuerungsverträge noch der ÖSG bzw. die RSG Salzburg und Steiermark konkretisierten die strategischen Ziele, z.B. zur Datenqualität, zur Wirkungsorientierung oder zur sektorenübergreifenden Versorgung. Eine danach optimierte konkrete Angebotsplanung unterblieb. Die zentralen Instrumente der Steuerung der österreichischen Gesundheitsplanung enthielten daher keine angemessene Reaktion auf die wachsende Bedeutung psychischer Erkrankungen. Vereinzelt entstanden Vorhaben außerhalb

¹² Den ÖSG 2017 hatten Bund, Bundesländer und Sozialversicherung in der Bundeszielsteuerungskommission einvernehmlich festgelegt und beschlossen. Er war seit 30. Juni 2017 in Kraft.

¹³ „Für Österreich – Arbeitsprogramm der Bundesregierung 2017/2018“

der Systematik der Gesundheitsplanung (z.B. im Arbeitsprogramm der Bundesregierung vom Jänner 2017 zur Psychotherapie).

Der RH verwies darauf, dass eine Überprüfung, ob die vom Ministerrat beschlossenen Gesundheitsziele in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und den RSG berücksichtigt waren, nicht vorgesehen war. Auch eine Vertretung der Interessen der Patientinnen und Patienten war nicht sichergestellt.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, der psychischen Gesundheit in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und den RSG eine größere Bedeutung zuzuordnen. Dabei wären die strategischen Ziele umsetzungsnäher und wirkungsorientiert zu gestalten, die Planungsinstrumente (Zielsteuerungsverträge, ÖSG und RSG) stärker auf diese Ziele auszurichten und zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung diesen Zielen entspricht.

(3) Der RH kritisierte, dass in Salzburg noch kein RSG für den ambulanten Bereich verfügbar war und der RSG des Landes Steiermark für den Bereich der psychischen Gesundheit im ambulanten Bereich im Wesentlichen nur auf den Stellenplan der StGKK verwies.

Er empfahl der SGKK, auf die zeitnahe Erstellung eines RSG mit Planungsinhalten für den ambulanten Bereich hinzuwirken und der StGKK, bei der Weiterentwicklung des RSG den ambulanten Bereich der psychischen Gesundheit verstärkt zu berücksichtigen.

8.3

(1) Das Ministerium beschrieb in seiner Stellungnahme zunächst ergänzend zur Darstellung des RH seine Bemühungen um eine Neuorientierung der psychischen Versorgung seit den 1990er Jahren (Abkehr von den großen psychiatrischen Krankenhäusern und Schaffung von psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern, Psychiatriepläne in den Bundesländern, Aufnahme in den Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021). Das Ministerium werde sich dafür einsetzen, dass der psychischen Gesundheit in Zukunft in den Zielsteuerungsverträgen, im ÖSG und in den RSG eine noch größere Bedeutung zukommt. Es merkte weiters an, dass die Ursachen psychischer Erkrankungen häufig außerhalb des Gesundheitssystems liegen würden und daher ein Health in all Policies–Ansatz erforderlich sei, wie er im Rahmen der Arbeiten zum Gesundheitsziel neun verfolgt werde.

Das Ministerium führte weiters aus, es könne die Kritik des RH, wonach eine Überprüfung, ob die Gesundheitsziele in den Zielsteuerungsverträgen, dem ÖSG und dem RSG berücksichtigt waren, nicht vorgesehen sei, nicht nachvollziehen. Die Gesundheitsziele würden allen Aktivitäten des Ministeriums im Gesundheitsbereich als Basis dienen. Es sei daher ausgeschlossen, dass die Ziele des Zielsteuerungsvertrags oder die Gesundheitsplanung von diesen Gesundheitszielen abweichen würden.

(2) Der Hauptverband hielt in seiner Stellungnahme fest, dass der Bereich der psychosozialen Gesundheit in den bestehenden RSG nur rudimentär abgebildet sei, und er unterstütze daher die Empfehlung des RH grundsätzlich. Der Hauptverband sei jedoch in den Landes-Zielsteuerungskommissionen, die die RSG beschließen, nicht vertreten. Im Zielsteuerungsvertrag 2017 bis 2021 sei es gelungen, eine bedarfsgerechte, niederschwellig zugängliche psychotherapeutische Versorgung in Österreich als Ziel zu normieren (Operatives Ziel 9, Maßnahme auf Bundesebene 4); die diesbezüglichen Arbeiten hätten bereits begonnen.

Die Kooperation mit Psychosozialen Diensten sei in den einzelnen Ländern unterschiedlich ausgeprägt. Beispielsweise in den – nicht untersuchungsgegenständlichen – Bundesländern Niederösterreich und Burgenland gebe es diesbezüglich gemeinsame Festlegungen der Landes-Gesundheitsplattform. Dieser unterschiedliche Zugang sei im Hinblick auf die Zuständigkeit der Länder für das Krankenanstaltenwesen von der Sozialversicherung nur bedingt beeinflussbar. Gleiches gelte für die Landes-Zielsteuerungsverträge.

(3) Die SGKK stimmte den Empfehlungen hinsichtlich der Bedeutung der psychischen Gesundheit zu. In Salzburg seien im Landes-Zielsteuerungsvertrag zusätzliche Maßnahmen im Zusammenhang mit der psychischen Versorgung enthalten, wie z.B. der bedarfsgerechte Ausbau von Therapiemöglichkeiten für Kinder und Jugendliche, die aufsuchende Behandlung für schwererkrankte Psychosepatientinnen und -patienten und die integrierte Versorgung von Sucht- und Abhängigkeitskrankungen (Alkohol 2020). Ein von der SGKK gemeinsam mit dem Land Salzburg und mit Hilfe externer Unterstützung erarbeiteter ambulanter RSG solle längstens bis Ende 2018 (Planungshorizont 2025) vorliegen.

(4) Die StGKK führte aus, dass sie im Rahmen der Landeszielsteuerung gemeinsam mit dem Land Steiermark bereits einzelne Maßnahmen, wie etwa die Umsetzung der Kinder- und Jugendpsychiatrie, schrittweise in die Wege geleitet habe. Die StGKK werde jedoch darauf hinwirken, dass in den zukünftigen Landes-Zielsteuerungsverträgen sowie insbesondere im RSG der psychischen Gesundheit ein größerer Stellenwert zukomme. Die StGKK sagte zu, sich an der umsetzungsnäheren Ausgestaltung der strategischen Ziele zu beteiligen; dies müsse jedoch auf Bundesebene eingearbeitet werden. Sie sagte zu, die Empfehlung zur Weiterentwicklung des RSG zu berücksichtigen.

(5) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

8.4

Der RH nahm gegenüber dem Ministerium zur Kenntnis, dass sich das Ministerium in allen Aktivitäten an den Gesundheitszielen orientiere. Er wies aber darauf hin, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission und die Zielsteuerungsverträge maßgeblich von den Finanzierern des Gesundheitssystems, insbesondere den Sozialversicherungsträgern und den Ländern, bestimmt waren. Wesentlich war daher, ob die auch von den Ländern und Sozialversicherungsträgern vereinbarten und finanzierten Maßnahmen ausreichen, diese Ziele zu erreichen. Angesichts der in vielen Bereichen eher zögerlichen Fortschritte (wie z.B. die erwähnten Bemühungen um standardisierte Diagnosen (TZ 6) oder klare Versorgungsaufträge (TZ 16) sowie den Aufbau der Strukturen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (TZ 20)) vermisste der RH daher eine konkrete Überprüfung, ob und inwieweit die geplanten und dann umgesetzten Vorhaben eine Erreichung der Gesundheitsziele sicherstellen können.

Der RH blieb daher bei seiner Empfehlung, die strategischen Ziele umsetzungsnaher und wirkungsorientiert zu gestalten, die Planungsinstrumente (Zielsteuerungsverträge, ÖSG und RSG) stärker auf diese Ziele auszurichten und zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung diesen Zielen entspricht.

Strategie der Sozialversicherungsträger

9.1

(1) Eine Arbeitsgruppe des Hauptverbands führte im Jahr 2011 eine umfassende Datenanalyse durch und entwickelte im Anschluss eine Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit. Dabei wurde erstmals die Anzahl der Personen, die Versorgungsstrukturen der psychischen Gesundheit in Anspruch nahmen, quantifiziert (im Jahr 2009 rd. 900.000 Personen bzw. rd. 12 % der Bevölkerung) und nach Alter und Geschlecht analysiert. Die Strategie war in drei Zielbereiche gegliedert: Gesundheitsförderung und Prävention, Versorgungsangebote sowie Rehabilitation und Frühpension. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die vom RH in weiterer Folge thematisierten Versorgungsangebote:

Tabelle 3: Elemente der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit im Bereich Versorgung

Thema	wesentliche Ziele bzw. Maßnahmen	TZ
gemeinsame Verantwortung, Krankenanstalten	Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung im Hinblick auf die Zuordnung von Leistungen setzen („best point of service“)	TZ 12, TZ 21, TZ 40
niedergelassener Bereich	Kompetenzen Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner stärken; Honorarkataloge für Psychiatrie anpassen	TZ 13 bis TZ 19
Kinder und Jugendliche	Versorgung ausbauen	TZ 20
Psychotherapie	Qualitätssicherung (Änderung Psychotherapiegesetz) und zusätzliche Finanzierung sicherstellen	TZ 22 bis TZ 26
Medikamente	Richtlinien für evidenzbasierte Verschreibung erstellen	TZ 27 bis TZ 29

Quelle: Hauptverband

Im Jahr 2012 beschloss die Trägerkonferenz, die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit umzusetzen. In den Folgejahren waren einzelne Elemente in den jeweiligen Zielsteuerungssystemen der Sozialversicherungsträger enthalten; 2014 und 2016 erfolgten Berichte über die Umsetzung.

(2) Ergänzend zu bzw. unabhängig von dieser Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit bemühten sich die SGKK und die StGKK um eine regionale strategische Weiterentwicklung.

Die SGKK setzte in ihrem Konzept einen Schwerpunkt auf die Koordination mit dem Spitalsbereich für besonders schwere Fälle („Drehtürentlassungen“)¹⁴ im Rahmen eines Pilotprojekts mit ca. 50 Patientinnen und Patienten nach internationalem Vorbild. Zwei niedergelassene Facharztstellen und ein Ambulatorium sollten die Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sicherstellen. Weiters sollten stabilisierte Patientinnen und Patienten mit Behandlungsplänen von Fachärztinnen und Fachärzten verstärkt an die Hausärztinnen und Hausärzte überwiesen werden. Diese Maßnahmen sollten die bereits bestehenden strategischen Festlegungen zum Bereich Psychiatrie im Gesamtvertrag mit der Ärztekammer für Salzburg und der Regelung zur Psychotherapie ergänzen.

Die StGKK erstellte gemeinsam mit dem Land Steiermark ein Konzept, das die Etablierung von Ambulatorien an Beratungszentren der Psychosozialen Dienste, einen Krisendienst, eine ambulante Hilfeplanung mit fachärztlichen Konsultationen und eine stärker altersspezifische Ausdifferenzierung des Angebots (Spezialisierung für Kinder und Jugendliche bzw. Geriatrie) empfahl.

¹⁴ Eine Drehtürentlassung bezeichnet eine nicht nachhaltige Entlassung, weil der Zustand der Patientin oder des Patienten mangels angemessener Folgeangebote wie z.B. Betreuung im häuslichen Umfeld nicht stabilisiert werden kann und in kurz- bis mittelfristiger Folge eine erneute Aufnahme in den stationären Bereich erforderlich wird.

9.2

Der RH begrüßte die analytischen und konzeptionellen Bemühungen des Hauptverbands sowie der SGKK und der StGKK, analysierte in der Folge die einzelnen Versorgungsbereiche und fasste in der nachfolgenden Tabelle seine Beurteilung des Umsetzungsstands der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit zusammen:

Tabelle 4: Umsetzungsstand der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit im Bereich Versorgung

Thema	Umsetzungsstand	Erläuterung
gemeinsame Verantwortung, Krankenanstalten	überwiegend nicht umgesetzt	– im Spitalsbereich überwiegend keine Aktivitäten gesetzt (TZ 12), – keine systematische Kooperation mit Psychosozialen Diensten (TZ 21), – geschlossene Versorgungsketten nicht umgesetzt (TZ 40)
niedergelassener Bereich	teilweise umgesetzt	– Musterhonorarordnung entwickelt und bei drei Krankenversicherungsträgern umgesetzt (TZ 17), – Ausbildung für Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner angepasst, Fortbildung entwickelt, Umsetzung nur freiwillig (TZ 19)
Kinder und Jugendliche	teilweise umgesetzt	– Versorgung konzipiert, aber erst teilweise umgesetzt (TZ 20, TZ 34)
Psychotherapie	teilweise umgesetzt	– keine Änderungen bei Zugang und Rechtsgrundlagen (TZ 22, TZ 23, TZ 26), – Anstieg der Sachleistungsversorgung (TZ 24)
Medikamente	Umsetzung unklar	– identifizierte Auffälligkeiten (Unterschiede nach Geschlecht und Bundesland, Einmalverschreibungen) bestanden weiter (TZ 29), – Umsetzungsstand Richtlinien für evidenzbasierte Verschreibung unklar (TZ 29)

Quellen: Hauptverband; RH

Versorgungsangebote im Vergleich

Überblick

10 (1) Die Versorgung psychisch Erkrankter in den Bundesländern Salzburg und Steiermark hatte unterschiedliche Schwerpunkte, worüber die folgende Hochrechnung einen Überblick gibt (siehe auch Tabelle D im Anhang):¹⁵

Tabelle 5: Kosten der Versorgung von Personen in der Prävalenzgruppe 2015

	Kosten je Person in der Prävalenzgruppe			
	Salzburg	Steiermark	Unterschied	
	in EUR			in %
Spital	1.493	1.217	276	19
Psychosoziale Dienste	33	121	-88	-269
Antidepressiva	87	97	-11	-12
Antipsychotika	89	99	-10	-11
Psychotherapie	140	65	76	54
Fachärztinnen und Fachärzte	140	64	77	55
Allgemeinmedizin	50	66	-16	-31
Rehabilitation	45	82	-37	-82
Summe Behandlung	2.078	1.811	267	13
Invaliditätspension	591	1.466	-874	-148
Rehabilitationsgeld	178	342	-164	-93
Krankengeld	181	104	77	42
Summe Folgekosten	950	1.912	-962	-101
Gesamtsumme	3.028	3.723	-695	-23
<i>davon</i>				
<i>Land</i>	1.526	1.338	188	12
<i>GKK</i>	688	496	192	28
<i>PVA</i>	814	1.889	-1.076	-132

Rundungsdifferenzen möglich

GKK = Gebietskrankenkassen

PVA = Pensionsversicherungsanstalt

Quellen: SGKK; StGKK; PVA; RH

¹⁵ Die fachärztlichen Ausgaben enthalten Neurologie, Psychiatrie und das Doppelfach. Die Spitalskosten rechnete der RH anhand der Belagstage und des LIVE-Wertes für Spitalsaufenthalte hoch. Die Aufwendungen für Psychotherapie stellen nur jene der GKK dar (also ohne Zahlungen der Patientinnen und Patienten).

- Die SGKK gab pro Person in der Prävalenzgruppe rd. 28 % mehr aus als die StGKK, auch die Spitalskosten waren in Salzburg höher.¹⁶
- Umgekehrt waren die Kosten je Person für die Psychosozialen Dienste (vom Land getragen) in der Steiermark höher.
- Die Kosten je Person für Rehabilitationsgeld oder Invaliditätspension bzw. für Rehabilitation aus psychischen Gründen waren in der Steiermark höher als in Salzburg (rd. 132 %).
- Während in Salzburg die Behandlungskosten je Person mehr als doppelt so hoch wie die Folgekosten lagen, waren in der Steiermark die Folgekosten geringfügig höher als die Behandlungskosten.

(2) Die Spitalsversorgung war maßgeblich von den Gesundheitsfonds der Länder, die Psychosozialen Dienste direkt von den Ländern, die Facharztstruktur und das Psychotherapieangebot von den Krankenversicherungsträgern, die Rehabilitation von der PVA bestimmt. Die jeweiligen Versorgungsangebote beeinflussten einander gegenseitig: z.B. konnten regionale Psychosoziale Dienste eine zentrale Spitalsversorgung (teil)kompensieren, aber auch die Arbeit der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beeinflussen.

Patientengruppen

11.1

(1) Eine wesentliche Herausforderung der Strukturierung des Versorgungsangebots für psychisch Erkrankte war eine bedarfsgerechte Zuordnung von Angebot und Patientin bzw. Patient. Dies war durch die Heterogenität der Patientengruppen erschwert: Nach Schätzung der WHO könnte rund ein Drittel der Bevölkerung von einer Diagnose für eine psychische Erkrankung erfasst sein. In Österreich beanspruchten rd. 12 % der Bevölkerung (rd. 900.000 Personen) im Laufe eines Jahres Leistungen der psychischen Versorgung (z.B. Psychopharmaka). Eine wesentlich kleinere Anzahl von Personen nahm eine dauerhafte Unterstützung z.B. im Sinne einer Langzeitmedikation in Anspruch.¹⁷ Weiters fielen sehr unterschiedliche Diagnosen (z.B. Demenz, Suchterkrankungen, Schizophrenie oder Depressionen) in die Kategorie der psychischen Erkrankungen.

¹⁶ Im Vergleich: über alle Anspruchsberechtigten und alle Diagnosen lagen die Pro-Kopf-Ausgaben der StGKK rd. 9 % über jenen der SGKK; Quelle: Betriebsvergleich der NÖGKK.

¹⁷ Verschiedene Ansprechpartner des RH führten aus, maximal 5 % der Bevölkerung würden vermutlich eine schwere psychische Erkrankung (z.B. Schizophrenie oder bipolare Störung) haben.

(2) Bei der Analyse der Prävalenzgruppe stellte der RH für die Jahre 2015 und 2016 Folgendes fest (siehe dazu ausführlicher Tabellen E und F im Anhang):

- Sowohl in der SGKK als auch in der StGKK fielen bei rd. 36 % der Personen der Prävalenzgruppe auch somatische (körperliche) Behandlungskosten über 5.000 EUR je Person an. Dies gegebenfalls deshalb, weil die Behandlung einer somatischen Erkrankung (z.B. einer Krebserkrankung) von psychischen Angeboten begleitet war.
- Rund 26 % (SGKK) bzw. 22 % (StGKK) der Personen hatten weniger als vier Kontakte (z.B. Arztbesuch, Heilmittelverordnung) im Zusammenhang mit der psychischen Erkrankung. Dies könnte ein Indikator dafür sein, dass diese Personen nur zeitlich begrenzt (z.B. bei Trauerfällen) Leistungen benötigten.
- Rund 85 % der Gesamtkosten der psychischen Versorgung entstanden bei 10 % der Patientinnen und Patienten. Insbesondere entfielen auf diese Gruppe praktisch alle Spitalsaufenthalte.
- Rund 13 % der Personen wurden von mehreren Anbietenden (Fachärztin bzw. –arzt, Spital, Psychotherapeutin bzw. –therapeut) betreut. Dies könnte auf eine zu wenig integrierte Versorgung oder darauf hindeuten, dass nur wenige Personen eine integrierte Versorgung benötigten.
- Die im Hinblick auf die Kostenunterschiede zwischen den beiden GKK (**TZ 10**) bedeutsamste Patientengruppe waren Personen zwischen 20 und 60 Jahren, die auch stationär behandelt wurden.

Obwohl in Einzelbereichen Sonderstrategien vorlagen (z.B. zur Demenz), waren wesentliche Grundlagen der Planung (z.B. die Nationale Strategie zur psychischen Gesundheit (**TZ 8**) oder die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (**TZ 9**)) nicht nach Zielgruppen differenziert. Soweit in den RSG für den ambulanten Bereich zur psychischen Gesundheit überhaupt eine Planung enthalten war (**TZ 8**), unterschied auch diese nicht nach Patientengruppen.

11.2

Der RH wies darauf hin, dass die Gruppe der psychisch Erkrankten sehr heterogen war. Er hielt daher für die Planung der Versorgung die Kenntnis der spezifischen Bedarfe der Patientengruppen für entscheidend, da eine Gesamtplanung für rd. 900.000 Personen zu undifferenziert war.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, den Bedarf von einzelnen Patientengruppen zu erheben und in der Angebotsplanung zu berücksichtigen.

11.3

(1) Der Hauptverband gab in seiner Stellungnahme an, er habe damit begonnen, den Bedarf von einzelnen Patientengruppen zu erheben. Es sei aber schwierig, im Rahmen der psychischen Gesundheit einen Bedarf zu erheben, weil es hier wenige Studien gebe.

(2) Die SGKK stimmte der Empfehlung des RH zu und führte aus, in dieser Angebotsplanung seien auch die Bedürfnisse besonderer Patientengruppen zu berücksichtigen. Dies könne derzeit oft nur im Wege einer teureren Auslandsversorgung gewährleistet werden oder für Patientinnen und Patienten, die Sprachbarrieren oder Essstörungen aufweisen.

(3) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde künftig die einzelnen Patientengruppen in den Planungen berücksichtigen. Im Rahmen der Psychotherapie habe sie bereits jetzt auf die besonderen Bedürfnisse einzelner Patientengruppen (wie etwa von Alkoholabhängigen und Migrantinnen bzw. Migranten) Bedacht genommen und entsprechende Verträge abgeschlossen.

(4) Die PVA erachtete die Empfehlung des RH als im Wesentlichen zutreffend.

Spitalstage

12.1

(1) Die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (**TZ 9**) sah im Handlungsbereich „gemeinsame Verantwortung“ vor, besonderes Augenmerk auf die Vernetzung der unterschiedlichen Leistungsanbieter, insbesondere der intra- und extramuralen Bereiche zu legen. Im Handlungsbereich „Krankenanstalten“ sollten zur Optimierung der Aufenthaltsdauer Gespräche und Analysen mit den Ländern darüber erfolgen, wie das Angebot verbessert werden könnte (z.B. spezielle Angebote für bestimmte Gruppen wie Patientinnen und Patienten mit Essstörungen).

(2) Die SGKK wies je 1.000 Anspruchsberechtigte rd. 10 % mehr Spitalstage mit einer psychiatrischen Diagnose auf als die StGKK (siehe Abbildung A im Anhang). Ein großer Teil des Unterschieds war durch Personen verursacht, die besonders lang im Spital waren (siehe Tabelle G im Anhang). Weiters traten Unterschiede vor allem bei Personen mit Demenz, Alkohol-bezogenen Diagnosen und Essstörungen auf: Bei Demenz war der Unterschied vor allem in der Anzahl der stationär behandelten Personen, bei Essstörungen in der stationären Aufenthaltsdauer begründet. Bei Alkoholkranken gab es in Salzburg sowohl mehr Fälle ganz kurzer als auch sehr langer Aufenthalte.

(3) Die SGKK begann für rd. 50 psychisch Erkrankte mit langer Aufenthaltsdauer ein Pilotprojekt zur integrierten Versorgung, die StGKK setzte keine derartigen Schritte. Der Evaluierungsbericht des Hauptverbands aus dem Jahr 2016 gab an, dass wegen

der notwendigen Abklärung der politischen Rahmenbedingungen vorerst keine Aktivitäten zur Abstimmung mit Spitälern erfolgten. Es gebe allerdings Bestrebungen im Zuge der Gesundheitsreform 2012 für eine integrierte Versorgung. Wie in **TZ 8** festgehalten, enthielt der Zielsteuerungsvertrag als maßgebliches Instrument der Gesundheitsreform für die psychische Gesundheit jedoch – mit Ausnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie – keine Festlegungen.

12.2

Der RH merkte an, dass die Unterschiede im Spitalsbereich von erheblicher Bedeutung für die Kosten waren (**TZ 10**). Der RH sah in der unterschiedlichen Aufenthaltsdauer zwischen Salzburg und der Steiermark bei Langzeitpatientinnen und –patienten sowie in den Bereichen Demenz, Alkohol und Essstörungen ein mögliches Potenzial für eine weitere Optimierung der Versorgung. Er begrüßte das Pilotprojekt der SGKK zu Patientinnen und Patienten mit langer Aufenthaltsdauer, kritisierte aber, dass die Ziele der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit damit nur unvollständig adressiert waren.

Der RH empfahl der SGKK und der StGKK, die dargestellten Auffälligkeiten bei stationären Patientinnen und Patienten mit Langzeitaufhalten sowie in den Bereichen Alkohol, Demenz und Essstörungen für eine detaillierte Analyse der Spitalversorgung zu nutzen und dabei die Bedeutung der stationären Behandlung im Vergleich zu alternativen Versorgungsangeboten zu überprüfen.

12.3

(1) Die SGKK wies darauf hin, dass die detaillierte Analyse der Spitalversorgung primär in den Verantwortungsbereich der Länder falle. Besonders zu berücksichtigen seien jene Patientinnen und Patienten, die derzeit nicht im Inland versorgt werden könnten oder bei denen es zu längeren Verweildauern in den Spitälern deswegen komme, weil keine Weiterbehandlung/Betreuung in einer anderen Versorgungseinrichtung (z.B. Pflegeeinrichtung) möglich sei.

(2) Auch die StGKK merkte an, dass eine detaillierte Analyse der Spitalversorgung in erster Linie in den Kompetenzbereich der Länder falle.

12.4

Der RH erwiderte der SGKK und der StGKK, dass zwar die Vollziehung für die Spitäler bei den Ländern liege, die Gebietskrankenkassen jedoch über diagnosebezogene Daten zu Spitalsaufhalten verfügten und als wesentlicher Zahler für das Spitalssystem an Auffälligkeiten interessiert sein sollten. Dies insbesondere deshalb, weil im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit eine gemeinsame Optimierung von stationärem und niedergelassenem Bereich ein wichtiges Ziel zur Verbesserung des österreichischen Gesundheitssystems ist.

(Fach)Ärztliche Versorgung

Trennung des Doppelfachs Neurologie und Psychiatrie

13.1

(1) Bis zum Jahr 1994 bildeten Neurologie und Psychiatrie ein gemeinsames medizinisches Fach, dann trennte die Ausbildungsordnung die beiden Disziplinen. Auszubildende erlangten nunmehr eine Behandlungsbefugnis für nur eines der beiden Fächer (entweder Neurologie oder Psychiatrie); die bereits Ausgebildeten durften weiter in beiden Fächern tätig sein. Die sich daraus ergebenden Änderungen für die Abrechnung hatten die GKK mit der Ärztekammer zu vereinbaren.

(2) Die SGKK vereinbarte im Jahr 2000 mit der Ärztekammer, dass sich bestehende Vertragspartnerinnen und -partner einem Fach zuordnen mussten. Sie wählten aufgrund der Ausgestaltung des Honorarkatalogs überwiegend Neurologie und durften dann berufsrechtlich weiterhin auch psychiatrisch tätig sein, aber mit der SGKK nur nach dem neurologischen Leistungskatalog abrechnen. Gleichzeitig schuf die SGKK sechs neue Planstellen für Psychiatrie und erstellte dafür einen eigenen Leistungskatalog.

(3) Bei der StGKK erfolgte die Zuordnung der Vertragspartnerinnen und -partner dagegen jeweils mit der Neuausschreibung freier Planstellen; sie wird daher voraussichtlich erst mit Vollendung des 70. Lebensjahres des jüngsten Vertragsarztes für das Doppelfach (spätestens 2032) abgeschlossen sein. Im Jahr 2017 waren noch 21 Personen und damit die Mehrheit der einschlägigen Fachärztinnen und Fachärzte dem Doppelfach zugeordnet. Die Fächertrennung war mit einem allmählichen Ausbau der Anzahl der Vertragsstellen verbunden, ohne jedoch jede Doppelfachstelle durch je eine Stelle für Psychiatrie und Neurologie zu ersetzen.¹⁸

(4) Zur Erfassung des bestehenden Angebots der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie („Regiomed“, siehe [TZ 14](#)) ordneten die GKK gegenüber dem Hauptverband die Ärztinnen und Ärzte den Fachrichtungen zu. Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die so entstehenden Kategorien:¹⁹

¹⁸ Waren bei der StGKK im Jahr 2012 noch 24 Planstellen für das Doppelfach und fünf Planstellen für Psychiatrie vereinbart, so sah der Stellenplan 2017 18 Planstellen für Psychiatrie und 15 für Neurologie vor.

¹⁹ In diesem Bericht bezeichnet der RH im Folgenden mit dem Begriff „Psychiaterin bzw. Psychiater“ die Kategorien 3 und 5 und mit dem Begriff „Neurologin bzw. Neurologe“ die Kategorien 4 und 6. Die Kategorien 1 und 2 bezeichnet er als Ärztinnen und Ärzte des Doppelfachs. Die gesamte Angebotslandschaft bezeichnet er als fachärztliche Versorgung im Bereich Psychiatrie.

Tabelle 6: Kategorien der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie

Kategorie	Berufsrechtliche Zuordnung	Vertragsrechtliche Zuordnung	Überwiegend lt. „Regiomed“	Anwendungsbereich
1	Doppelfach	Doppelfach	Psychiatrie	nur Steiermark
2	Doppelfach	Doppelfach	Neurologie	nur Steiermark
3	Doppelfach	Psychiatrie	Psychiatrie	Steiermark und Salzburg
4	Doppelfach	Neurologie	Neurologie	Steiermark und Salzburg
5	Psychiatrie	Psychiatrie	Psychiatrie	Steiermark und Salzburg
6	Neurologie	Neurologie	Neurologie	Steiermark und Salzburg

Quelle: RH

In den ersten vier Kategorien war bei vielen Patientenkontakten aus den Abrechnungsdaten (z.B. der Verrechnung einer Ordination) nicht feststellbar, ob diese die Versorgung psychischer oder neurologischer Erkrankungen betrafen. Da in der Steiermark die Zuordnung zum Doppelfach überwog, war eine Quantifizierung der fachärztlichen psychiatrischen Behandlung der Personen in der Prävalenzgruppe nicht aussagekräftig möglich. In Salzburg zeigte sich bei den rd. 53.000 Personen der Prävalenzgruppe in den Jahren 2015 und 2016 folgendes Bild:

- Rund 27.500 Personen nahmen in den Jahren 2015 und 2016 keine der beiden Fachgruppen in Anspruch.
- Rund 16.000 Personen nahmen eine Neurologin oder einen Neurologen (Kategorie 4 und 6) in Anspruch.
- Rund 11.000 Personen nahmen eine Psychiaterin oder einen Psychiater (Kategorie 3 und 5) in Anspruch.
- Rund 2.000 Personen nahmen beide Fachgruppen in Anspruch.

Es hatten somit mehr Personen Arztkontakte im Bereich der Neurologie als im Bereich der Psychiatrie. Die Zahl der Ordinationsbesuche lag allerdings mit rd. 85.000 bei der Psychiatrie höher als bei der Neurologie mit rd. 60.000, was darauf schließen lässt, dass die Personen mit höherem psychiatrischen Behandlungsbedarf Psychiaterinnen und Psychiater (Kategorie 3 und 5) in Anspruch nahmen.

13.2

Der RH wies darauf hin, dass die in beiden Bundesländern noch nicht abgeschlossene Fächertrennung die Analyse der Versorgung der psychischen Erkrankungen in Abgrenzung von neurologischen Behandlungen erschwerte. Dies betraf Aussagen zur Gesamtzahl der einschlägigen Arztbesuche, zur Zahl der erbrachten Leistungen und darüber, welche Fachrichtung welchen Teil der Versorgung übernahm. Wie die folgende **TZ 14** zeigt, ergab sich daraus ein Verbesserungsbedarf für die Stellenplanung.

13.3

Die SGKK merkte an, dass die in Salzburg mögliche Verrechnung von psychiatrischen Grundleistungen durch Ärztinnen und Ärzte für Neurologie nichts mit einer inkonsequenten Fächertrennung zu tun habe, sondern vielmehr damit, dass Ärztinnen und Ärzte für Neurologie aufgrund der fachlichen Nähe medizinisch angehalten seien, auf psychiatrische (Mit)Erkrankungen zu achten und bei begründetem Verdacht an Psychiaterinnen und Psychiater zu überweisen.

Stellenplanung und verfügbares Angebot

14.1

(1) Der ÖSG 2017 sah erstmals quantifizierte Richtwerte für Psychiatrie im ambulanten Bereich vor. Diese lagen zwischen 2,4 und 4,4 „ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten“ je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner für jede Versorgungsregion. Der ÖSG 2017 leitete diese Vorgabe aus dem Ist-Wert im Bundesdurchschnitt des Jahres 2014 ohne Wien mit einer Bandbreite von +/-30 % ab.

(2) Zur Berechnung diente das „Regiomed“-System der Sozialversicherung. Die GKK ordneten dabei die Ärztinnen und Ärzte des Doppelfachs anhand von Abrechnungsdaten nach Überwiegen der Neurologie oder der Psychiatrie zu. Überwiegend neurologisch tätige Ärztinnen und Ärzte wurden so nicht anteilig, sondern gar nicht für den Bereich Psychiatrie gezählt. Umgekehrt zählten bei den der Psychiatrie zugeordneten Ärztinnen und Ärzten alle Patientenkontakte. „Regiomed“ gewichtete dann die berücksichtigten Ärztinnen und Ärzte nach e-card Konsultationen mit Quartalerstkontakten.²⁰ Ärztinnen und Ärzte, die bereits viele Patientinnen und Patienten behandelten, zählten somit mehr als Ärztinnen und Ärzte, die noch über freie Ressourcen verfügten.

(3) Nach dieser Auswertung war die Dichte an ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten mit Kassenvertrag in der Steiermark rd. 41 % höher als in Salzburg.²¹ Obwohl die Steiermark insgesamt die Sollvorgabe einhielt, lagen alle sechs Versorgungsregionen außerhalb der vorgesehenen Bandbreite (**TZ 15**).

Eine Analyse des RH (siehe dazu auch Tabellen H bis J im Anhang) zeigte, dass die spezifische Auswertungslogik des „Regiomed“ die Ergebnisse stark beeinflusste: „Regiomed“ gewichtete die einbezogenen Ärztinnen und Ärzte der StGKK rund dreimal stärker als jene der SGKK.²²

²⁰ d.h. dem ersten Kontakt einer Person bei einem Vertragspartner eines Fachgebiets pro Quartal

²¹ bezogen auf 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner rd. 1,1 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten in Salzburg, rd. 1,6 in der Steiermark

²² In Salzburg gingen 16 Vertragspsychiaterinnen und –psychiater in die Auswertung ein. Sie waren jedoch aufgrund von Besonderheiten in der Honorarordnung (**TZ 17**, **TZ 18**) bzw. aufgrund der Gewichtung mit Quartalerstkontakten nur mit einem durchschnittlichen Faktor von 0,4 bewertet. In der Steiermark waren 15 Ärztinnen und Ärzte berücksichtigt, mit Faktoren bis zu 2,1 (im Schnitt 1,28).

Bei Berücksichtigung aller verfügbaren Fachärztinnen und –ärzte mit Kassenvertrag, die zur Behandlung psychisch Erkrankter in Frage kamen (Tabelle 5, Kategorien 1–6), lag ohne Gewichtung die Dichte in Salzburg rund zwei Drittel höher als in der Steiermark.²³ Das Ergebnis war damit direkt konträr zur „Regiomed“-Auswertung.

(4) Die fachärztlichen Ressourcen der Psychosozialen Dienste waren in „Regiomed“ mangels Abrechnung mit den Krankenversicherungsträgern nicht enthalten, obwohl dafür in der Steiermark rd. 19 entsprechende Dienstposten (11 Vollzeitäquivalente (VZÄ)) vorgesehen waren (TZ 21).

14.2

Der RH begrüßte grundsätzlich, dass der ÖSG 2017 erstmals Planungsvorgaben für die psychiatrische Versorgung im ambulanten Bereich enthielt. Er hielt die Planung jedoch für noch nicht ausreichend:

- Angesichts der steigenden Bedeutung der psychischen Erkrankungen hielt der RH den Bezug auf den Ist-Stand von 2014 für nicht zweckmäßig.
- Die Bandbreite von 60 % war für die Steuerung zu groß.
- Die Erfassung und Darstellung der Versorgungslage laut „Regiomed“ waren aufgrund der Zuordnung im Doppelfach nach Überwiegen, der Gewichtung mit e-card Konsultationen und der fehlenden Ressourcen der Psychosozialen Dienste im Bereich der Psychiatrie nicht valide.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, bei der nächsten ÖSG-Planung für die ambulante psychiatrische Versorgung die Richtwerte auf Basis von epidemiologischen Grundlagen und Wirkungsmodellen zu ermitteln, eine genauere Sollvorgabe zu definieren und eine valide Erfassung und Darstellung des bestehenden Versorgungsangebots sicherzustellen.

²³ SGKK rd. 5,11 ; StGKK rd. 2,95 bezogen auf 100.000 Anspruchsberechtigte

14.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, die Kritik des RH an der Planvorgabe für die ambulante psychiatrische Versorgung im ÖSG sei nachvollziehbar und es schließe sich der Empfehlung des RH grundsätzlich an. Die Bundesgesundheitsagentur beauftrage daher seit einigen Jahren regelmäßig Grundlagenarbeiten zur Versorgungsforschung, die mittelfristig zur Erarbeitung einer Bedarfsplanung beitragen sollen. Das Ministerium werde sich dafür einsetzen, die Grundlagenarbeit weiter voranzutreiben.

(2) Der Hauptverband sagte zu, zur Umsetzung der Empfehlung beizutragen. Zur Auswertungslogik bzw. Gewichtung über „Regiomed“ merkte der Hauptverband an, dass in jenen Bundesländern, in denen noch Ärztinnen und Ärzte des Doppelfaches tätig seien, diese anhand der Abrechnungsdaten je nach Fachschwerpunkt entweder der Neurologie oder der Psychiatrie zugeordnet würden. In diesen Bundesländern würde die regionale Planung nicht nach Fachgebiet Neurologie oder Psychiatrie unterscheiden; außerdem würden noch andere Informationsquellen zur regionalen Versorgungsplanung herangezogen.

(3) Die SGKK und die StGKK stimmten der Empfehlung zu. Die StGKK werde auf eine Umsetzung im Rahmen der nächsten ÖSG–Planung hinwirken.

Regionale Verteilung

15.1

(1) Da laut „Regiomed“ in vier von sechs steirischen Versorgungsregionen das vorgesehene fachärztliche Angebot im Bereich Psychiatrie nicht erreicht war, analysierte der RH die regionale Verteilung näher.²⁴ Wie die folgende Abbildung zeigt, lag für 99,5 % der Bevölkerung die nächstgelegene relevante psychiatrische Kassenstelle weniger als 50 km Luftlinie entfernt, für 44 % der Bevölkerung weniger als 10 km.

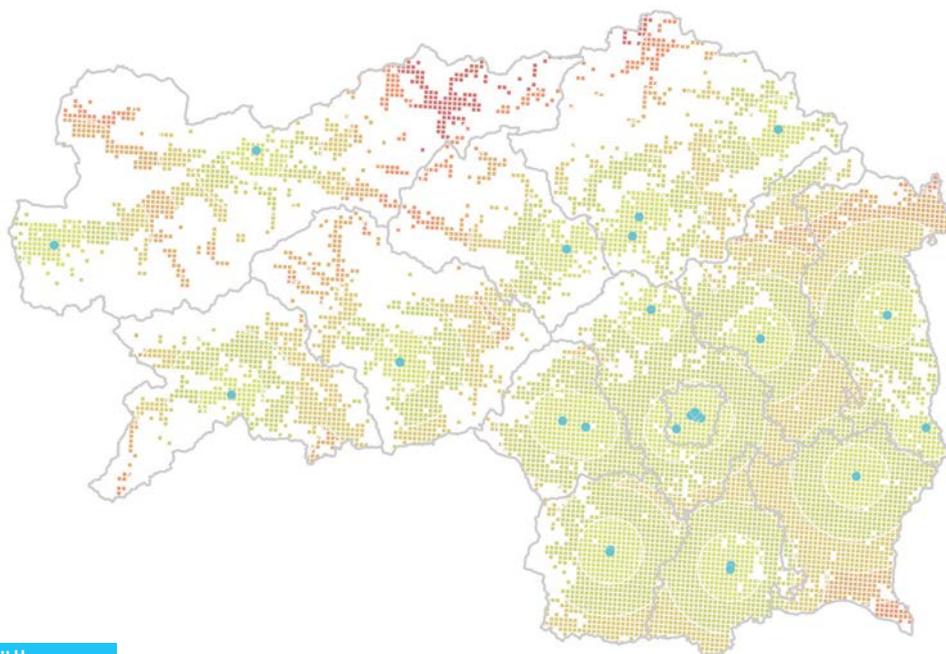
(2) Bei der Umsetzung der Fächertrennung (**TZ 13**) wie im Stellenplan 2017 geplant, wäre die nächstgelegene psychiatrische Kassenstelle für rd. 4 % der Bevölkerung mehr als 50 km entfernt (das wären rd. 59.000 Personen gegenüber nur rd. 7.000 Personen im Ist–Stand).

²⁴ Er verortete den Standort der Kassenstellen durch Geocodierung und berechnete anschließend die Luftlinienentfernung zu den Einwohnerinnen und Einwohnern. Er berücksichtigte dabei auch Ärztinnen und Ärzte des Doppelfachs. Die individuelle Berechnung der Entfernung durch Luftlinie ist deutlich genauer als die bloße Durchschnittszahl der Ärztinnen und Ärzte je Versorgungsregion. Die tatsächliche Wegzeit wäre abhängig von den topografischen Gegebenheiten, vom jeweils verfügbaren Verkehrsmittel und den dafür maßgeblichen Rahmenbedingungen (z.B. Fahrplan, Verkehrsaufkommen) und kann daher nur schwer abgeschätzt werden. Die Luftlinie ist als Untergrenze anzusehen, da der tatsächlich zurückgelegte Weg eher länger ist.

Abbildung 2: Zuordnung der Bevölkerung nach Entfernung zu psychiatrischen Kassenstellen sowie räumliche Abdeckung der Steiermark mit psychiatrischen Kassenstellen

**Entfernung der Bevölkerung
zur nächstgelegenen psychiatrischen Kassenstelle;
IST-Stand 2017**

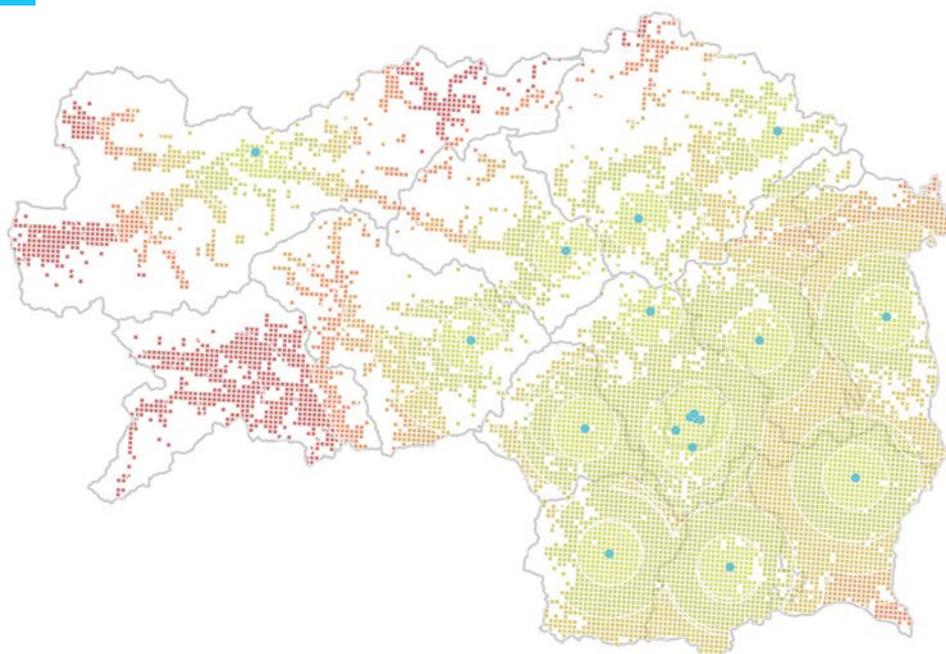
	<10 km Entfernung	44 % der Bevölkerung	648.000 Einwohner
	10–20 km Entfernung	34 % der Bevölkerung	490.000 Einwohner
	20–30 km Entfernung	16 % der Bevölkerung	237.000 Einwohner
	30–40 km Entfernung	4 % der Bevölkerung	59.000 Einwohner
	40–50 km Entfernung	1 % der Bevölkerung	19.000 Einwohner
	>50 km Entfernung	0,5 % der Bevölkerung	7.000 Einwohner



**Entfernung der Bevölkerung
zur nächstgelegenen psychiatrischen Kassenstelle;
laut Stellenplan 2017**

	<10 km Entfernung	44 % der Bevölkerung	643.000 Einwohner
	10–20 km Entfernung	31 % der Bevölkerung	456.000 Einwohner
	20–30 km Entfernung	15 % der Bevölkerung	216.000 Einwohner
	30–40 km Entfernung	4 % der Bevölkerung	53.000 Einwohner
	40–50 km Entfernung	2 % der Bevölkerung	34.000 Einwohner
	>50 km Entfernung	4 % der Bevölkerung	59.000 Einwohner

- Standort Psychiater
- 1 km²



Quellen: Land Steiermark, Eurostat, Bundesamt für Eich- und Vermessungswesen (Daten);
Darstellung: Rauminformationssystem des RH

Wie in der Abbildung dargestellt, würde sich die Versorgung vor allem in den Versorgungsregionen „westliche Obersteiermark“ und Liezen verschlechtern.

- 15.2** Der RH wies darauf hin, dass trotz der Unterschreitung der ÖSG-Vorgaben in vier von sechs Versorgungsregionen der Steiermark im Ist-Stand für 99,5 % der Bevölkerung die fachärztliche Versorgung im psychiatrischen Bereich innerhalb von 50 km Luftlinie erreichbar war. Allerdings würde sich die regionale Erreichbarkeit bei Umsetzung des Stellenplans 2017 insbesondere in den Versorgungsregionen „westliche Obersteiermark“ und Liezen verschlechtern.

Der RH empfahl der StGKK, die regionale Verteilung der psychiatrischen Versorgung insbesondere in den Versorgungsregionen „westliche Obersteiermark“ und Liezen im Rahmen der Stellenplanung zu berücksichtigen.

- 15.3** Die StGKK sagte zu, die Empfehlung aufzunehmen und unter dem Aspekt der über-regionalen Versorgungsplanung zu prüfen.

Versorgungsaufträge und Arztbesuche

- 16.1** (1) Ein Ziel der Gesundheitsreform 2012 war, bis Mitte 2014 Versorgungsaufträge zu definieren; d.h. konkrete Aufgaben für die einzelnen Leistungsanbieter festzulegen. Wie der Monitoringbericht I/2017 zur Gesundheitsreform festhielt, blieb dieses Ziel offen. Weder die SGKK noch die StGKK hatten Versorgungsaufträge für die fachärztliche Versorgung im Bereich der Psychiatrie schriftlich festgelegt.

(2) Laut Auskunft der StGKK war die allgemeinmedizinische Aufgabe die Erkennung und Weiterverweisung psychisch Erkrankter; die Behandlung sollte dann fachärztlich erfolgen. Laut SGKK sollte dagegen die fachärztliche Versorgung vor allem Diagnosen und Behandlungspläne sowie die Medikamenteneinstellung umfassen, die weitere Behandlung dann wieder allgemeinmedizinisch erfolgen. Der fachärztliche Bereich bei der SGKK und der StGKK sah den Versorgungsauftrag individuell unterschiedlich.²⁵

(3) Bezogen auf die Anzahl der Anspruchsberechtigten wurden im Jahr 2016 trotz einer höheren Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit Kassenvertrag zur fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie in Salzburg auf Rechnung der StGKK mehr Personen und auch mehr Fälle behandelt. In Salzburg stand somit pro Patientin

²⁵ Der Aussage liegt eine Fragebogenerhebung des RH bei Psychiaterinnen und Psychiatern mit Kassenvertrag in Salzburg bzw. den Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Ärztinnen und Ärzten des Doppelfachs in der Steiermark zugrunde. Die Rücklaufquote lag dabei bei rd. 35 % in Salzburg und 21 % in der Steiermark. Die Unterschiede ergaben sich vor allem unter regionalen Gesichtspunkten (Stadt/Land).

bzw. Patient mehr Zeit zur Verfügung als in der Steiermark;²⁶ in der Steiermark jedoch erhielten mehr Patientinnen und Patienten je 1.000 Anspruchsberechtigte eine fachärztliche Versorgung als in Salzburg. Die Kosten lagen bezogen auf die Anspruchsberechtigten in Salzburg höher als in der Steiermark.

Tabelle 7: Kenndaten der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie für 2016

	je 100.000 Anspruchsberechtigte	je Ärztin bzw. Arzt			je 1.000 Anspruchsberechtigte		
	Ärztinnen und Ärzte	Fälle	Patientinnen und Patienten	Abrechnungssumme	Fälle	Patientinnen und Patienten	Abrechnungssumme
	Anzahl			in EUR	Anzahl		in EUR
Salzburg	5,11	1.571	867	218.530	80	44	11.169
Steiermark	2,95	3.480	2.031	226.523	103	60	6.676

Quellen: SGKK; StGKK; RH

16.2

Der RH kritisierte, dass klar formulierte Versorgungsaufträge im Bereich Psychiatrie entgegen den Zielsetzungen der Gesundheitsreform 2012 nicht vorlagen. Sowohl die erhaltenen Auskünfte als auch die Abrechnungsdaten deuteten darauf hin, dass die fachärztliche psychiatrische Versorgung in Salzburg und der Steiermark unterschiedlich war.

Der RH stellte fest, dass es ohne die Erfassung von Diagnosen und die Messung von Behandlungserfolgen (TZ 6) kaum möglich war, zu beurteilen, ob die Vorgehensweise in Salzburg (mehr Zeit pro Patientin bzw. Patient als in der Steiermark, dafür weniger Patientinnen und Patienten mit Kontakt zu fachärztlicher Versorgung im Bereich Psychiatrie) bessere Behandlungserfolge erzielte.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, für die fachärztliche Versorgung im psychiatrischen Bereich klare Versorgungsaufträge zu definieren. Er wiederholte weiters seine Empfehlung zur Verbesserung der Datenlage (Epidemiologie, Diagnosen, Leistungen, Wirkungen) aus TZ 6.

16.3

(1) Der Hauptverband führte aus, dass er bereits im Mai 2013 unter Einbeziehung der Krankenversicherungsträger einen Vorschlag für einen modernen Honorarkatalog „Psychiatrie (Schwerpunkt Gesprächsmedizin)“ erstellt habe, den einige Krankenversicherungsträger seither zumindest teilweise auch umgesetzt hätten (zuletzt Anfang 2018 die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau).

²⁶ Zum Beispiel entfielen unter der Annahme von 20 Stunden pro Woche Ordinationszeit und 48 Wochen im Jahr auf einen Fall in Salzburg 37 Minuten, in der Steiermark nur 17 Minuten.

(2) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu. Eine andere Messung von Behandlungserfolgen als durch den Vergleich von Folgekosten im Arzneimittel- und Pensionsbereich bedürfe eines aufwendigen Evaluierungsmodells durch ausführliche Arztdokumentationen und/oder ex-ante und ex-post Befragungen von Patientinnen und Patienten. Erfahrungsgemäß seien dazu weder die Leistungserbringenden noch die Patientinnen und Patienten bereit, weil sie das als Eingriff in die Behandlungssphäre betrachten würden und dafür auch die Ressourcen nicht zur Verfügung stünden. Generell stehe die wiederholte Forderung nach Verstärkung vernetzter verfügbarer Patientendokumentationen von exakten Diagnosen, Behandlungs- und Wirkungsdaten in einem Spannungsfeld zu den Befürchtungen Betroffener bezüglich einer Transparenz ihrer psychischen Gesundheitsdaten. Dies insofern, als die Betroffenen dies – oft nicht zuletzt krankheitsbedingt – als Bedrohung empfinden würden und von der Inanspruchnahme psychischer Behandlungsleistungen abhalten könnte, was wiederum Behandlungserfolge gefährde.

Für die SGKK sei sehr wohl erkennbar, dass die in Salzburg finanzierte psychiatrisch und psychotherapeutisch zeitintensivere Betreuung in einem kausalen Zusammenhang mit niedrigeren Arzneimittel- und Pensionsaufwendungen stehe.

(3) Die StGKK unterstützte die Empfehlung nach klaren Versorgungsaufträgen nicht nur im psychiatrischen Bereich. Diese sollten im Rahmen des ÖSG österreichweit einheitlich auf Bundesebene unter Miteinbeziehung regionaler Bedürfnisse erarbeitet werden.

Honorarordnungen

17.1

(1) Die im Hinblick auf die Fächertrennung der Bereiche Psychiatrie und Neurologie erforderliche Neugestaltung der Honorarkataloge war ein wesentliches Ziel der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (TZ 9). Der Hauptverband erstellte daher im Jahr 2013 einen entsprechenden Musterhonorarkatalog, den zur Zeit der Gebarungüberprüfung drei Krankenversicherungsträger verwendeten. Der Katalog strebte an, die Leistungen durch eine Kalkulation zu bewerten, durch eine Differenzierung der Leistungen die Transparenz über die Behandlung zu verbessern und die Gesprächsmedizin gegenüber der Medikamentenbehandlung zu stärken.

(2) Die SGKK hatte bereits im Jahr 2000 einen Psychatriekatalog im Gesamtvertrag mit der Ärztekammer für Salzburg eingeführt und nahm mehrmals Anpassungen vor, insbesondere 2015 bzw. 2016 zur Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie legte den Fokus auf differenzierte Leistungen, eine exakte Leistungsbeschreibung und kalkulierte Tarife, um die Qualität und eine angemessene Honorierung sicherzustellen.

(3) Die für die StGKK gültige Regelung stammte aus 1993 und somit aus der Zeit vor der Fächertrennung (**TZ 13**). Die StGKK passte seither zwar Verrechnungsbeschränkungen und Leistungsbeschreibungen an, nahm jedoch keine grundsätzliche Neuorientierung vor.

(4) Sowohl die SGKK als auch die StGKK versuchten, durch ein System aus Pauschalen, Einzeltarifen und Verrechnungsbeschränkungen eine berechenbare Ausgabenentwicklung sicherzustellen und eine missbräuchliche Leistungsabrechnung zu unterbinden.

Die SGKK definierte weiters die pro Patientin bzw. Patient zur Verfügung stehende Zeit als Versorgungsziel und setzte vertragliche Anreize: Sie bezahlte eine höhere Pauschalvergütung²⁷ als die StGKK. Die Vergütung je Konsultation sank jedoch, falls eine bestimmte Anzahl von Patientinnen und Patienten je Ärztin bzw. Arzt überschritten wurde (und damit das Versorgungsziel verfehlt wurde).

Die StGKK setzte keine entsprechenden vertraglichen Anreize. Wie in **TZ 16** festgestellt, behandelten die Ärztinnen und Ärzte mit Kassenvertrag in der Steiermark in der fachärztlichen Versorgung im Bereich Psychiatrie durchschnittlich wesentlich mehr Patientinnen und Patienten in kürzerer Zeit als in Salzburg.

17.2

Der RH hatte bereits mehrfach empfohlen, Leistungen der ärztlichen Hilfe auf der Grundlage einer Kalkulation der Kosten zu vergüten (zuletzt „Ausgewählte Steuerungsbereiche in der Krankenversicherung“ (Reihe Bund 2016/3), TZ 12). Angesichts der unklaren Datenlage (**TZ 6**) hielt der RH weiters eine Differenzierung der Leistungen für nötig, um die tatsächliche Versorgung von psychisch Erkrankten beurteilen zu können. Er begrüßte daher die Bemühungen der SGKK und auch des Hauptverbands zur Modernisierung der Honorarordnung. Der RH beurteilte weiters positiv, dass die SGKK in ihrer Honorarordnung Versorgungsziele definierte und vertraglich umsetzte.

Der RH empfahl daher der StGKK, die Tarifpositionen für die fachärztliche Versorgung im psychiatrischen Bereich auf Basis von Zeitschätzungen zu kalkulieren, eine ausreichende Differenzierung der Leistungen sicherzustellen und verbindliche Versorgungsziele festzulegen.

17.3

Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde die vom RH aufgezeigten Aspekte beachten und in die mit der Ärztekammer zu führenden Honorarverhandlungen einbringen. Sie sei auch schon in der Vergangenheit bestrebt gewesen, Tarifpositionen für die fachärztliche Versorgung auf Grundlage von Zeit- und Kosten-

²⁷ Die Höhe des Unterschiedes hing von der Anzahl der Fälle ab; der Unterschied konnte bis zu rd. 44 % betragen.

schätzungen zu kalkulieren. Dies setze jedoch entsprechende Verhandlungen und Zustimmungen der Ärztekammer voraus, die bislang ausgeblieben seien.

Zusammenfassung zur fachärztlichen Versorgung

18 Zusammenfassend merkte der RH an, dass die fachärztliche Versorgung im Bereich Psychiatrie vor grundlegenden Herausforderungen stand: Die Fächertrennung zwischen Neurologie und Psychiatrie war noch bis 2032 nicht abgeschlossen und führte in Verbindung mit den allgemein fehlenden Daten (TZ 6) zu Unklarheiten über die tatsächliche Versorgungslage (TZ 13). Die Instrumente für die übergreifende Stellenplanung waren nicht ausreichend valide und die Vorgaben des ÖSG zu sehr an der Vergangenheit ausgerichtet (TZ 14). Klare Versorgungsaufträge fehlten. Die verfügbaren Kenndaten zeigten, dass die fachärztliche Versorgung in Salzburg und der Steiermark unterschiedlich war, ohne dass deren Behandlungserfolg gemessen wurde (TZ 16). Die Modernisierung der Gesamtverträge und Honorarordnungen war insbesondere in der Steiermark noch nicht abgeschlossen (TZ 17). Dies war insofern wesentlich, als auch bei der allgemeinmedizinischen Versorgung (TZ 19) und der Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Diensten (TZ 21) Verbesserungsbedarf bestand.

Rolle der Allgemeinmedizin

19.1 (1) Ein Großteil der Erstverschreibungen der Psychopharmaka erfolgte durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner (im Jahr 2009 68 %, im Jahr 2016 56 %). Personen in der Prävalenzgruppe nahmen im Schnitt zwei- bis dreimal pro Jahr (Steiermark bzw. Salzburg) eine fachärztliche Versorgung im Bereich Psychiatrie in Anspruch, besuchten aber über 30 Mal eine Allgemeinmedizinerin bzw. einen Allgemeinmediziner. Rund die Hälfte der Personen in der Prävalenzgruppe besuchte nur diese. Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner hatten somit eine entscheidende Bedeutung für die Behandlung psychisch Erkrankter.

(2) Die Personen der Prävalenzgruppe der StGKK besuchten im Durchschnitt um rd. 56 % öfter Allgemeinmedizinerinnen bzw. Allgemeinmediziner als die der SGKK. Mangels standardisierter Diagnosen, differenzierter Abrechnungspositionen und einer Messung der Behandlungserfolge waren die Gründe und Folgen dieses Unterschieds unklar.

(3) Die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (TZ 9) sah eine Stärkung der Kompetenzen von Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern bei psychischen Erkrankungen vor. Die damals gültige Ausbildungsordnung stellte nämlich nicht sicher, dass diese in ihrer Ausbildung praktische Erfahrungen mit psychisch Erkrankten gewonnen hatten. In Umsetzung der Strategie erfolgte 2015 eine Änderung der Ausbildungsordnung, die neu auszubildenden

Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner das Erkennen von bestimmten psychischen Erkrankungen,²⁸ Medikamenteneinstellungen und die Einleitung weiterführender Behandlungen ermöglichen sollte. Für bereits zugelassene Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner setzte der Hauptverband gemeinsam mit der Ärztekammer für Wien ein Pilotprojekt „Psychiatrische Basisfertigkeiten in der hausärztlichen Praxis“ um. Daran nahmen in den Jahren 2015 und 2016 rd. 300 Ärztinnen und Ärzte teil. Der Kursbesuch war für das Fortbildungsdiplom der Österreichischen Ärztekammer anrechenbar. Die Teilnahme war freiwillig; finanzielle Vorteile (z.B. zusätzlich verrechenbare Leistungen) ergaben sich für die Teilnehmenden nicht. Der Hauptverband plante, dieses Projekt auch in den übrigen Bundesländern umzusetzen.

19.2

Der RH wies auf die entscheidende Bedeutung der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner bei der Behandlung von psychisch Erkrankten hin und sah deshalb kritisch, dass nicht alle Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in ihrer Ausbildung praktische Erfahrung mit der Behandlung psychisch Erkrankter gesammelt hatten. Er begrüßte daher die Erweiterung der Aus- und Fortbildung zur psychischen Gesundheit, wies jedoch darauf hin, dass diese nur für die seit 2015 neu Auszubildenden verbindlich und ansonsten freiwillig war.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, die Qualifikation der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Bereich der psychischen Gesundheit zu erhöhen.

19.3

(1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, die im damaligen Gesundheitsministerium eingesetzte Ärzteausbildungskommission habe die Neuordnung der Ärzteausbildung im Jahre 2015 vorbereitet. Da dem Hauptverband die psychische Gesundheit ein besonderes Anliegen sei, hätte er sich in der Kommission dafür eingesetzt, dass die Turnusausbildung einen verpflichtenden Teil „Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin“ von zumindest drei Monaten vorsehe; dies sei auch so umgesetzt worden.

2016 habe das Pilotprojekt „Psychiatrische Basisfertigkeiten in der hausärztlichen Praxis“ als Kooperation zwischen Hauptverband, Ärztekammer für Wien und Medizinischer Universität Wien begonnen. Aufgrund des hohen Interesses sei das Projekt bis Ende 2017 verlängert und eine nachhaltige, bundesweite Ausrollung dieser Fortbildung mittels e-Learning beschlossen worden. Dieses Tool habe die Österreichische Ärztekammer für das Diplomfortbildungsprogramm approbiert. Da der Hauptverband aber keinen Lehrauftrag für die Ausbildung oder Qualifizierung von

²⁸ Angst, Depression & Burnout; Demenzdiagnostik; chronischer Schmerz und somatoforme Störungen; Suizidalität und Umgang mit Krisen sowie Alkohol-, Drogen-, Medikamentenabhängigkeit

Allgemeinmedizinerinnen und –medizinern habe, könne die Inanspruchnahme von angebotenen Fortbildungen nur auf freiwilliger Basis erfolgen.

(2) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu. Neben der Ausbildung im Rahmen der Universität und Lehrpraxis sei die fachspezifische Weiterbildung von besonderer Bedeutung. Ergänzend dazu sei das Auswahlverfahren zur Zulassung zu einem Medizinstudium dahingehend kritisch zu hinterfragen, ob die Kriterien auch ausreichend berücksichtigen, ob die für eine Tätigkeit mit psychisch erkrankten Personen notwendige soziale und humane Kompetenz vorliegt.

(3) Die StGKK teilte in ihrer Stellungnahme die Meinung des RH. Die Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten falle jedoch primär in die Zuständigkeit von Bund und Ärztekammer und nicht in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

20.1

(1) Seit dem Jahr 2006 war die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenes Fach definiert. Es waren daher auch eigene Versorgungsangebote im stationären und im ambulanten bzw. niedergelassenen Bereich zu schaffen. Die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (TZ 9) verwies auf den noch nicht ausreichend gedeckten Bedarf, bekannte sich zu einem dualen System aus niedergelassenen Anbietern und Fachambulatorien und setzte sich das Ziel einer flächendeckenden und integrierten Versorgung.

(2) Die in den ÖSG 2012 und 2017 ausgewiesenen Richtwerte wurden zur Zeit der Gebarungsüberprüfung bundesweit, in Salzburg und der Steiermark sowohl stationär als auch ambulant immer noch unterschritten. Es fehlten jeweils sowohl entsprechend ausgebildete Personen als auch Verträge und institutionelle Strukturen.

(3) Die SGKK sah zwei Kassenstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie vor (eine im städtischen und eine im ländlichen Gebiet), von denen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lediglich jene in der Stadt Salzburg besetzt war. Zusätzlich war ein psychosoziales Versorgungs- und Beratungszentrum für Kinder und Jugendliche in der Stadt Salzburg mit zwei fachärztlichen VZÄ als Ambulatorium vorgesehen.

(4) Der 2017 erstellte RSG für die Steiermark führte aus, dass die Steiermark auch 2025 die Richtwerte des ÖSG für die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im stationären Bereich nicht erreichen werde. Im ambulanten Bereich waren sozialpsychiatrische Ambulatorien zwar flächendeckend geplant, zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aber noch nicht in Betrieb. Kassenstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie waren nicht vorgesehen.

(5) Die Vorgehensweisen der einzelnen Sozialversicherungsträger unterschieden sich in der Vertragsgestaltung (Einzelleistungsvergütung oder Pauschalen) und der angestrebten Versorgungslandschaft (Schwerpunkt auf dem niedergelassenen Bereich oder auf Ambulatorien).

(6) Weder in Salzburg noch in der Steiermark bestanden konkrete Pläne, den Aufbau neuer Strukturen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und die damit verbundenen zusätzlichen Ressourcen dazu zu nutzen, die in den **TZ 2** bis **TZ 6** angesprochenen grundsätzlichen Anforderungen umzusetzen (z.B. Erfassung von standardisierten Diagnosen, systematischer Datenaustausch, wirkungsorientierte Steuerung, Integration medizinischer und sozialer Faktoren). Somit würden die bestehenden Regelungen der jeweiligen Sektoren (z.B. pauschale Finanzierung von Ambulatorien, keine Erfassung standardisierter Diagnosen im niedergelassenen Bereich) auch für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gelten.

20.2

Der RH wies auf die seit dem Jahr 2006 bestehende Herausforderung des Aufbaus eines Angebots im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie hin und kritisierte, dass die Vorgaben des ÖSG 2012 bzw. 2017 weder in Salzburg noch in der Steiermark erfüllt waren. Er wies weiters auf die unterschiedlichen Formen der Versorgung (Ambulanzen, niedergelassener Bereich, Pauschalfinanzierung versus Einzelleistungsfinanzierung) hin. Er kritisierte, dass sich die SGKK und die StGKK den sektorspezifisch historisch gewachsenen Gegebenheiten unterordneten (z.B. keine Erfassung standardisierter Diagnosen im niedergelassenen Bereich, pauschale Finanzierung von Ambulatorien).

Der RH empfahl der SGKK und der StGKK, gemeinsam mit den Ländern Salzburg und Steiermark zügig die vorgesehenen Versorgungsstrukturen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie umzusetzen und dabei die im Sinne der Empfehlung zu **TZ 6** notwendigen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit (z.B. Diagnosecodierung, Wirkungsmessung) sicherzustellen.

Er empfahl weiters dem Ministerium und dem Hauptverband, im Hinblick auf die nächsten RSG die verschiedenen Versorgungsmodelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den einzelnen Bundesländern zu evaluieren, um Best-Practice-Beispiele umsetzen zu können.

20.3

(1) Das Ministerium gab in seiner Stellungnahme an, eine Evaluierung unter der Voraussetzung durchzuführen, dass es über den Bedarf an einer solchen Evaluierung Einvernehmen mit den Partnern der Zielsteuerung Gesundheit (Länder, Sozialversicherungen) erzielen könne.

(2) Der Hauptverband sagte zu, zur Umsetzung der Empfehlung beizutragen.

(3) Die SGKK hielt die Evaluierung der verschiedenen Versorgungsmodelle für sinnvoll. In Umsetzung der Versorgungspläne habe das psychosoziale Versorgungszentrum in der Stadt Salzburg mit Dezember 2017 seinen Betrieb aufgenommen, eine Ausrollung auf das Land Salzburg sei geplant. Eine im Stellenplan vorgesehene Facharztstelle für Kinder- und Jugendpsychiatrie könne jedoch mangels Bewerberinnen und Bewerbern nicht besetzt werden. Kinder- und Jugendpsychiatrie sei ein Mangelfach; Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtung würden europaweit intensiv gesucht und nachgefragt. Zur Diagnosecodierung merkte die SGKK an, dass diese bundesweit nur im Wege einer gesetzlichen Verpflichtung realistisch sei. Die SGKK bekenne sich zu einer Wirkungsmessung, wobei deren Parameter bundesweit festzulegen seien.

(4) Die StGKK gab in ihrer Stellungnahme an, sie sei um eine rasche Umsetzung des vorgesehenen Versorgungskonzepts bemüht. Die notwendigen Anträge auf Errichtungsbewilligung seien bereits beim Land Steiermark eingereicht. Der für den Betrieb notwendige Errichtungsbewilligungsbescheid sei jedoch noch nicht erlassen.

Im Rahmen der Umsetzung des geplanten Versorgungskonzepts habe die StGKK die verpflichtende Verwendung von standardisierten Diagnosen vorgesehen. Sie sagte zu, der Wirkungsmessung im Zuge der geplanten Evaluierung einen besonderen Stellenwert einzuräumen.

Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Diensten

21.1

(1) Unabhängig vom niedergelassenen Bereich finanzierte das Land Steiermark Beratungsstellen der Psychosozialen Dienste, die auch fachärztliche Ressourcen einsetzten (insgesamt 11 VZÄ). Eine Krankenbehandlung war dort allerdings ebenso wenig vorgesehen wie eine Verschreibung von Medikamenten, wohl aber Beratung zu medizinischen und sozialen Themen (z.B. Arbeit, Wohnen, Familie). Das Land Steiermark und die StGKK planten, einige Beratungsstellen um Ambulatorien zu ergänzen, um dort auch eine fachärztliche Behandlung, insbesondere für Kinder und Jugendliche, zu ermöglichen.

(2) In Salzburg waren im Bereich der Psychosozialen Dienste 2 VZÄ mit fachärztlicher Ausbildung eingesetzt. Der Fokus des Psychosozialen Dienstes lag auf der Abklärung, Beratung und Betreuung bei psychischen Erkrankungen und Abhängigkeitserkrankungen von Erwachsenen.

(3) Daten zur Inanspruchnahme von Leistungen sowohl des Psychosozialen Dienstes als auch der GKK sowie Aussagen zur Zweckmäßigkeit etwaiger paralleler Inanspruchnahme lagen weder in der Steiermark noch in Salzburg vor. Auch eine systematische Abstimmung zwischen medizinischen Maßnahmen und Interventionen zur Wohn-, Familien- oder Arbeitsmarktsituation erfolgte nicht.

Die Ärztekammer Steiermark vereinbarte im Jahr 2014 ohne Einbindung der StGKK mit den Trägervereinen der Psychosozialen Dienste als künftige Betreiber der Ambulatorien, dass die Psychosozialen Dienste eine Akquirierung von Patientinnen und Patienten zu Lasten des niedergelassenen Bereichs unterlassen würden.

21.2

Der RH wies darauf hin, dass insbesondere in der Steiermark mit dem niedergelassenen Bereich sowie den um Ambulatorien erweiterten Psychosozialen Diensten zwei parallele Versorgungsangebote existierten. In Salzburg war diese Doppelgleichheit in geringerem Ausmaß auch vorhanden. Der RH kritisierte, dass die Träger der Versorgung (Land und GKK) ihre Leistungen im fachärztlichen Bereich nicht klar abgegrenzt bzw. abgestimmt hatten. Eine solche Abgrenzung bzw. Abstimmung sollte nicht durch die Interessenvertretungen der Anbieter, sondern durch das Land und die GKK erfolgen, damit die Interessen der Patientinnen und Patienten gewahrt bleiben.

Der RH hielt weiters eine systematische Abstimmung zwischen medizinischen Maßnahmen und Interventionen zur Wohn-, Familien- oder Arbeitsmarktsituation für erforderlich, damit diese aufeinander aufbauen können und sich nicht gegenseitig konterkarieren.

Der RH empfahl der SGKK und der StGKK, gemeinsam mit dem jeweiligen Land eine klare Abgrenzung bzw. Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychosozialen Diensten zu definieren, einen wechselseitigen Datenaustausch unter Beachtung von datenschutzrechtlichen Vorgaben zu regeln und die medizinischen Maßnahmen und Interventionen zur Wohn-, Familien- und Arbeitsmarktsituation besser abzustimmen.

21.3

(1) Die SGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, dass sie keine Doppelgleisigkeiten zwischen dem niedergelassenen Bereich und dem Psychosozialen Dienst erkennen könne. Der Psychosoziale Dienst Salzburg kümmere sich insbesondere nachgehend um jene Patientinnen und Patienten, die krankheitsbedingt nicht im niedergelassenen Bereich betreut werden könnten.

(2) Die StGKK führte aus, dass die Psychosozialen Dienste aus ihrer Sicht auch in Zukunft einen wichtigen Bestandteil der psychosozialen Versorgungsstruktur darstellen würden. Die StGKK sei bestrebt, keine Doppelgleisigkeiten zwischen den Psychosozialen Diensten und dem niedergelassenen Bereich zu schaffen. Zukünftig würden daher eine noch bessere Vernetzung und klarere Abgrenzung zwischen den beiden Bereichen angestrebt.

Psychotherapie

Grundlegende rechtliche Rahmenbedingungen

22.1 (1) Österreich regelte die Ausübung der Psychotherapie ab dem Jahr 1991²⁹ und definierte sie dabei sehr breit. Es ließ – anders als Deutschland – zahlreiche Schulen zu, sah eine Anwendung auch außerhalb der Krankenbehandlung vor und beschränkte die Ausübung nicht auf Psychologinnen und Psychologen sowie Ärztinnen und Ärzte. Ab 1. Jänner 1992³⁰ machte der Gesetzgeber die Psychotherapie zur Pflichtleistung der Krankenversicherung, soweit sie der Krankenbehandlung diene, d.h. einen regelwidrigen Zustand im ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen Ausmaß behandelte. Eine gesetzliche Regelung, ob und welche besondere Qualifikation (z.B. klinische Erfahrung) dazu nötig war, gab es nicht. Die Krankenversicherungsträger sahen daher vertraglich zusätzliche Bedingungen (insbesondere Erfahrungsnachweise) vor. Ihre Regelungen wichen jedoch voneinander ab (**TZ 26**).

22.2 Der RH begrüßte, dass die Krankenversicherungsträger Qualifikationsvorgaben für die Psychotherapie als Krankenbehandlung vorsahen. Er hielt jedoch eine Vereinheitlichung dieser Regelungen für sinnvoll.

Er empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, die besonderen Qualifikationsanforderungen für die Psychotherapie als Krankenbehandlung bei einer Neuregelung der Psychotherapie als Krankenversicherungsleistung (**TZ 23**) zu berücksichtigen.

22.3 (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, über die Berufsgesetze hinausgehende, in den Sozialversicherungsregelungen verankerte Qualifikationsanforderungen seien aus seiner Sicht nicht vorstellbar. Dies sei mit den Berufsgesetzen nicht vereinbar.

(2) Der Hauptverband gab in seiner Stellungnahme an, eine Novellierung des Psychotherapiegesetzes sei nach seinem Wissen in Aussicht gestellt. Die Sozialversicherung hätte dazu Vorschläge für die berufsrechtlichen Anpassungserfordernisse übermittelt. Insbesondere sei eine Erhöhung der qualitativen Anforderungen bei der Ausbildung im Sinne gezielter Diagnostik und Behandlung (Schwer-)Kranker anzustreben. In diesem Zusammenhang sei auch das ASVG anzupassen, indem unter anderem auch qualitative Aspekte für die Festlegung von Kostenzuschüssen zu berücksichtigen seien.

²⁹ Psychotherapiegesetz, BGBl. 1990/361

³⁰ 50. ASVG-Novelle, BGBl. 1991/676

(3) Die SGKK merkte an, dass es vor einer gesetzlichen Neuregelung einer umfassenden Evaluierung und kritischen wissenschaftlichen Aufarbeitung der derzeitigen psychotherapeutischen Versorgung bedürfe. Am Ende dieses Prozesses müsse eine Novellierung des ASVG und des Psychotherapiegesetzes stehen. Die SGKK empfinde es als Mangel, dass die Psychotherapieausbildung an keiner öffentlichen Einrichtung angeboten werde und alle Interessentinnen und Interessenten auf private Ausbildungsanbieter angewiesen seien. Allein daraus ergebe sich eine zahlenmäßige und ökonomische Selektion. Es sei daher eine öffentliche Ausbildung vorzusehen.

(4) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie würde eine gesetzliche Neuregelung der Psychotherapie ausdrücklich begrüßen. Ein neues Psychotherapiegesetz bzw. eine Novellierung des ASVG sollte vorrangig unter dem Aspekt des Erfordernisses bestimmter Qualitätsvoraussetzungen für Krankenbehandlungen erfolgen.

22.4

Der RH entgegnete dem Ministerium, dass die sehr breiten Vorgaben für Psychotherapie in der Krankenbehandlung durch besondere Qualifikationsvorgaben ergänzt werden sollten und wies auf die entsprechenden zustimmenden Stellungnahmen der Krankenversicherungsträger hin. Der RH verblieb daher bei seiner Empfehlung.

Gestaltung der Verträge

23.1

(1) Der Gesetzgeber legte 1992 fest, dass die Beziehungen zwischen den Krankenversicherungsträgern und den freiberuflich tätigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch einen Gesamtvertrag geregelt werden. Demnach wären einerseits eine begrenzte Anzahl von „Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten“ – die in Vollzeit für die Krankenversicherungsträger tätig wären – und darüber hinaus andererseits „Wahlpsychotherapeutinnen und Wahlpsychotherapeuten“ mit einer Erstattung von 80 % des Kassentarifs verfügbar. Ein Stundenkontingent hätte daraus nicht resultiert, die Sachleistungsversorgung wäre jedoch durch die Anzahl der Kassenstellen begrenzt gewesen.

Sollte kein Gesamtvertrag zustandekommen, sollte der Hauptverband für die Krankenversicherungsträger Einzelverträge mit freiberuflich tätigen Psychotherapeutinnen und –therapeuten nach einheitlichen Grundsätzen abschließen.

(2) Trotz mehrerer Verhandlungen hatte der Hauptverband bis 2017 weder einen Gesamtvertrag noch Einzelverträge abgeschlossen. Stattdessen schlossen die einzelnen Krankenversicherungsträger seit 2001 im Rahmen ihrer Privatautonomie Verträge mit sogenannten Versorgungsvereinen ab, bei denen sie bestimmte Stundenkontingente erwarben. Die Verträge unterschieden sich hinsichtlich der Tarife, der Stundenanzahl und auch der Bedingungen für die Leistungen. So konnten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowohl auf Rechnung der Krankenver-

sicherungsträger als auch auf private Rechnung arbeiten. Dem Abschluss der Verträge mit den Vereinen ging in der Regel kein Vergabeverfahren voraus.

(3) Bei Inanspruchnahme von Psychotherapie außerhalb dieser Kontingente hatten die Krankenversicherungsträger nach § 131b ASVG einen in der Satzung festzulegenden Zuschuss (Geldleistung) zu gewähren. Die Höhe des Kostenzuschusses war nach der finanziellen Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers und den wirtschaftlichen Bedürfnissen der Versicherten festzulegen. Andere Kriterien (z.B. die Qualifikation der Leistungserbringenden) waren nicht vorgesehen. Der im Jahr 1991 von den Krankenversicherungsträgern mit 21,80 EUR pro Stunde festgelegte Kostenzuschuss blieb bei den GKK seither unverändert, die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter erhöhte den Zuschuss auf 40 EUR. Dementsprechend sank der Anteil der Zuschüsse (Geldleistungen) am Gesamtaufwand der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie von rund zwei Dritteln (1999) auf unter ein Drittel (2015).

(4) Aufgrund eines gesetzlichen Auftrags des Jahres 2002 ließ der Hauptverband eine gesamtwirtschaftliche Kosten–Nutzen–Analyse über den Abschluss eines Gesamtvertrags erstellen. Nach dieser Analyse würde ein Gesamtvertrag keine Verbesserung bringen. Auch der Hauptverband, die SGKK und die StGKK hielten einen Gesamtvertrag nicht für sinnvoll. In den bestehenden Strukturen könnten eine höhere Anzahl von Anbietern, eine bessere Steuerung (z.B. durch zusätzliche Qualifikationsvorgaben) und ein attraktives Angebot (Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konnten neben einer Kassentätigkeit auch privat zu gegebenenfalls höheren Tarifen arbeiten) sichergestellt werden.

23.2

Der RH wies darauf hin, dass die Versorgung mit Psychotherapie von der gesetzlichen Regelung abwich. Der vom Gesetzgeber vorgesehene Gesamtvertrag hätte – wie auch bei somatischen Erkrankungen – eine Behandlung ohne Kontingente und die Inanspruchnahme von Wahlleistungen mit Erstattung von 80 % des Kassentarifs ermöglicht. Allerdings anerkannte der RH auch die Argumente der Sozialversicherungsträger, wonach die bestehenden Vereinslösungen ein breiteres Angebot und eine bessere Steuerung ermöglichten. Der RH hielt daher eine Neuregelung der Psychotherapieversorgung – unter Berücksichtigung der Vorteile sowohl einer Gesamtvertragsregelung als auch der Steuerungsnotwendigkeiten – für geboten. Weiters hielt der RH eine Berücksichtigung des Vergaberechts für geboten.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, auf eine gesetzliche Neuregelung der Psychotherapie als Krankenbehandlung unter Berücksichtigung von spezifischen Qualifikationsanforderungen, eines breit gestreuten Angebots, einer bedarfsorientierten Steuerung und der Inanspruchnahme von Wahlleistungen hinzuwirken.

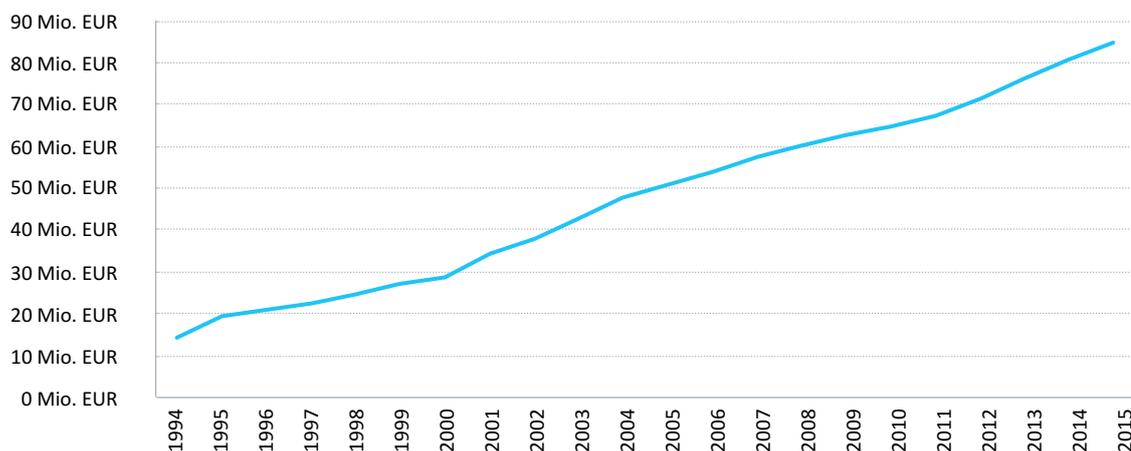
23.3 Das Ministerium, der Hauptverband, die SGKK und die StGKK verwiesen auf ihre Stellungnahmen zu **TZ 22**.

23.4 Der RH wiederholte seine Gegenäußerung zu **TZ 22**.

Ausgaben der Krankenversicherungsträger

24.1 (1) Die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie stiegen von 1994 bis 2015 um rd. 500 % von rd. 14,20 Mio. EUR auf rd. 85,10 Mio. EUR:

Abbildung 3: Entwicklung Ausgaben für Psychotherapie 1994 bis 2015



Quelle: Hauptverband

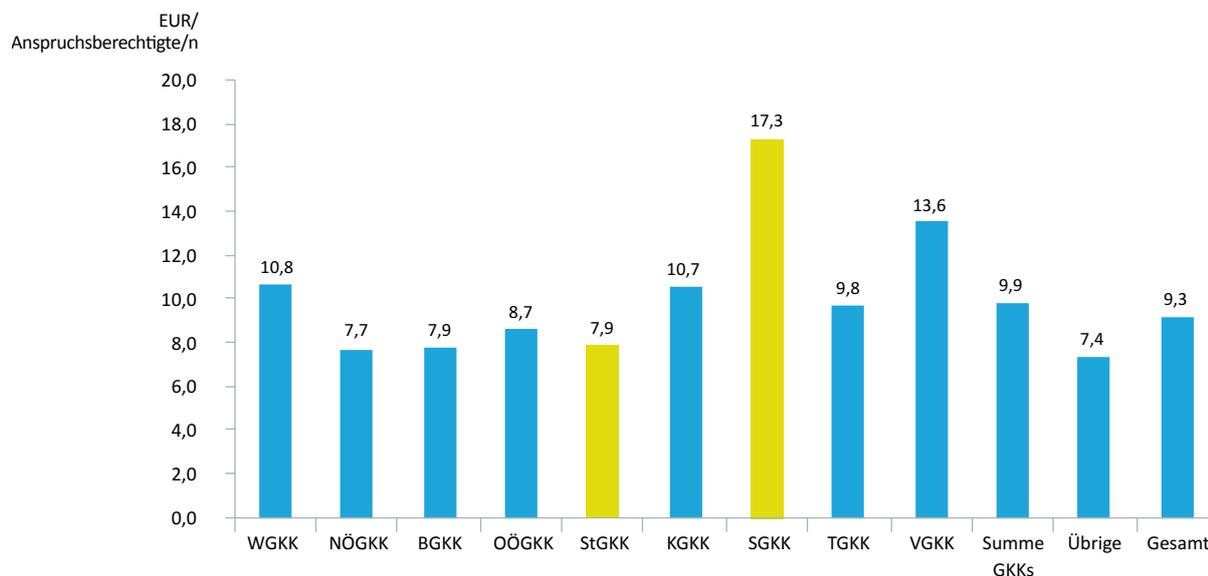
Die Ausgaben 2015 lagen damit höher als die Mittel, die der Gesetzgeber dafür bereitgestellt hatte (aufgewertet auf 2015 rd. 71,20 Mio. EUR).³¹

(2) Die folgende Übersicht zeigt die unterschiedlichen Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie³² je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten im Jahr 2015:

³¹ Die Erläuterungen zur entsprechenden Gesetzesnovelle bezifferten die ab 1996 entstehenden Langfristkosten mit rd. 43,60 Mio. EUR pro Jahr. Dafür (und für andere Maßnahmen) erhöhte der Gesetzgeber die Beiträge für Angestellte um 0,5 %, sowie um 0,3 % für sonstige Erwerbstätige. Der Hauptverband bewertete die auf die Psychotherapie entfallenden Zusatzeinnahmen aus der Beitragserhöhung mit der entsprechenden Aufwertung im Jahr 2015 mit 71,20 Mio. EUR.

³² Darin enthalten sind Vereine, Eigene Einrichtungen, Vertragsärztinnen und –ärzte, Kostenerstattung bei Wahlärztinnen und –ärzten sowie Kostenzuschüsse für Psychotherapeutinnen und –therapeuten.

Abbildung 4: Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie in EUR je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten 2015



WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse
NÖGKK = Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
BGKK = Burgenländische Gebietskrankenkasse
OÖGKK = Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
StGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

KGKK = Kärntner Gebietskrankenkasse
SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse
TGKK = Tiroler Gebietskrankenkasse
VGKK = Vorarlberger Gebietskrankenkasse
GKK = Gebietskrankenkasse

Quelle: Hauptverband

Die SGKK gab rd. 120 % mehr je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten für Psychotherapie aus als die StGKK (17,30 EUR im Vergleich zu 7,90 EUR). Auch andere Kennzahlen (z.B. verrechnete Stunden pro Patientin bzw. Patient) unterschieden sich erheblich.

Tabelle 8: Kennzahlen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten 2016 bei der SGKK und der StGKK

	SGKK			StGKK			Unterschied
	Sachleistung	Geldleistung	Gesamt	Sachleistung	Geldleistung	Gesamt	
	Anzahl						
Patientinnen und Patienten	4.669	3.506	8.175	7.450	10.322	17.772	
verrechnete Stunden	78.761	35.034	113.795	92.760	62.087	154.847	
verrechnete Stunden je Patientin bzw. Patient	17	10	14	12	6	9	
	in EUR						
Ausgaben	5.233.234	946.125	6.179.359	4.744.849	1.796.471	6.541.320	
Ausgaben je Stunde	66	27	54	51	29	42	
	Anzahl je 1.000 Anspruchsberechtigte						in %
Patientinnen und Patienten	10	8	18	8	11	19	6
verrechnete Stunden	171	76	247	97	65	162	-34
	in EUR je 1.000 Anspruchsberechtigte						
Ausgaben	11.346	2.051	13.398	4.972	1.882	6.854	-49

SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse
StGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Quellen: SGKK; StGKK; RH

Eine epidemiologische Einschätzung des Bedarfs für Psychotherapie fehlte. Die GKK begründeten das Angebot mit den – als Verhandlungsergebnis bzw. als Reaktion auf den von Versorgungsvereinen eingeschätzten Bedarf – zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln. Weder der ÖSG 2012, der ÖSG 2017 noch die RSG Salzburg oder Steiermark enthielten quantifizierte Vorgaben dazu.

(4) Die Bundesregierung sah im Arbeitsprogramm vom Jänner 2017 einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des bestehenden Systems der Sachleistung um 25 % vor. Die Krankenversicherungsträger beschlossen daraufhin unter Koordination des Hauptverbands ein Konzept, nach dem die Zahl der betreuten Personen um 25 % steigen sollte, und gaben dazu an, wie viele Therapiestunden bzw. Ausgaben sie bis 2019 finanzieren wollten. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern würden sich durch Umsetzung dieses Konzepts jedoch nicht wesentlich verringern. Durch die Bezugnahme auf die Personen statt auf Ausgaben oder Stunden bestand ein großer Spielraum hinsichtlich der tatsächlichen Leistungserweiterung.

24.2

Der RH wies darauf hin, dass sich die Ausgaben der Krankenversicherungsträger für Psychotherapie zwischen den einzelnen Krankenversicherungsträgern erheblich unterschieden. Der RH verwies in diesem Zusammenhang auf die fehlende epidemiologische Bedarfseinschätzung und die durch die Vereinslösung in Kombination mit dem seit 1991 nicht angepassten Kostenzuschuss (TZ 23) bestehende Leistungskontingentierung. Er kritisierte, dass auch der geplante Ausbau der Psychotherapie in der durch den Hauptverband vorgesehenen Form die Unterschiede zwischen den Ländern nicht reduzieren würde und durch die Bezugnahme auf die Anzahl der betreuten Personen (statt auf Ausgaben oder Therapiestunden) große Spielräume bestehen würden.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, eine Bedarfseinschätzung zur Psychotherapie zu erstellen und eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte in allen Bundesländern anzustreben.

24.3

(1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, die Einschätzung des epidemiologischen Bedarfs an Psychotherapie erfordere Voraussetzungen, die derzeit problematisch seien. Dies erfasse

- eine Listung jener Diagnosen/Indikationen, bei denen Psychotherapie als Krankenbehandlung notwendig oder wirksam sei,
- die Berücksichtigung der freiwilligen und daher schwer abschätzbaren Entscheidung der Patientin bzw. des Patienten für Psychotherapie sowie
- eine entsprechende Epidemiologie.

Dazu sei eine Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich erforderlich (TZ 6); alternativ biete der auf Basis der Abrechnungsdaten von Medikamentenverordnungen erstellte Epidemiologie–Atlas aushilfsweise eine Datengrundlage.

(2) Die SGKK merkte in ihrer Stellungnahme an, eine derartige Bedarfseinschätzung sei nicht auf den Bereich der Psychotherapie zu beschränken, sondern habe alle Angebote im Bereich psychisch erkrankter Personen zu umfassen. Dabei zu berücksichtigen seien die regionalen Unterschiede im Drogenmissbrauch und in der Art der verwendeten Drogen, was eine Auswirkung auf die Folgezustände und die psychiatrischen Erkrankungen zeige.

(3) Die StGKK stimmte der Empfehlung zu. Sie sei bestrebt, durch einen kontinuierlichen Ausbau der Sachleistungsversorgung eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte mit Psychotherapie zu erreichen. Aufgrund dessen habe sie das psychotherapeutische Sachleistungsangebot für die Jahre 2018 und 2019 bereits deutlich ausgebaut. Um unterschiedliche Patientengruppen, wie etwa Alkoholabhängige

und Migrantinnen bzw. Migranten, bestmöglich betreuen zu können, habe sie für diese Patientengruppen eigene zusätzliche Vereinbarungen abgeschlossen.

Bewilligungsverfahren

25.1 Da beide GKK nur ein bestimmtes Stundenkontingent als Sachleistung finanzierten, wählten sie die zu behandelnden Patientinnen und Patienten folgendermaßen aus:

- Die SGKK vergab pro Monat eine bestimmte Anzahl von Therapieplätzen aufgrund einer Reihung nach einem Punktescore (z.B. Schwere der Beeinträchtigung, Dringlichkeit). Die Patientin bzw. der Patient wählte zunächst eine Therapeutin bzw. einen Therapeuten aus. Diese übermittelten dann ein Formblatt mit zahlreichen Angaben über die Dringlichkeit und Schwere der Beeinträchtigung an die SGKK. Die Entscheidung über die Gewährung eines kassenfinanzierten Therapieplatzes traf die SGKK.
- Die StGKK delegierte die Entscheidung über die Gewährung eines Therapieplatzes an die Vereine, mit denen sie diesbezügliche Verträge abgeschlossen hatte. Die Vergabe der Plätze hatte nach Dringlichkeit und bei gleicher Behandlungsbedürftigkeit nach sozialer Bedürftigkeit zu erfolgen. Das Institut für höhere Studien beurteilte dieses System als „schwer argumentierbar“, da die StGKK über den Entscheidungsprozess nicht informiert war.

25.2 Der RH verwies neuerlich ([TZ 24](#)) auf die im Ergebnis bestehende Kontingentierung der Sachleistungen für Psychotherapie, den seit 1991 unveränderten Kostenzuschuss und die daraus resultierende unterschiedliche Behandlung psychischer und somatischer Erkrankungen. Er hielt innerhalb des bestehenden Systems eine Steuerung des Zugangs nach sachlichen Kriterien für wesentlich und kritisierte, dass die StGKK die Entscheidung über die Patientenauswahl den Vereinen überlassen hatte.

Der RH verwies auf die Praxis in Salzburg und empfahl der StGKK, die den Vereinen überlassene Entscheidung über psychotherapeutische Sachleistungen besser zu steuern.

25.3 Die StGKK sagte zu, die Empfehlung aufzunehmen und eine entsprechende Umsetzung zu prüfen.

Psychotherapie aus Patientensicht

26.1 Je nach Anbietender bzw. Anbietendem (Vertrags- bzw. Wahlärztin oder -arzt, Psychotherapeutin bzw. Psychotherapeut mit oder ohne Vereinslösung) unterschieden sich die Rahmenbedingungen für die Patientinnen und Patienten, die Anbietenden sowie die Kosten für die Versicherungsträger:

Tabelle 9: Rahmenbedingungen für Psychotherapie nach Leistungserbringenden bei SGKK und StGKK

Leistungsform	Kosten für GKK und Patientin bzw. Patient	Anforderungen an die Leistungserbringenden	Zugangskriterien für Leistungsbeziehende
Psychotherapeutin oder Psychotherapeut als Sachleistung (Vereinslösung)	Tarif 2016 SGKK: 73,60 EUR pro Stunde. 14,70 EUR ¹ (20 %) trug die Patientin bzw. der Patient, 58,90 EUR (80 %) die SGKK; Tarif 2016 StGKK: 60,03 EUR für 50 Minuten; volle Kostentragung durch die StGKK (kein Patientenanteil)	SGKK: Vertrag mit der ARGE-Psychotherapie und „spezifischer Erfahrungsnachweis“ StGKK: Eintragung in die Psychotherapeutenliste und „Nachweis über die besondere Erfahrung“	SGKK: Schwere der Erkrankung und Dringlichkeit der Behandlung nach Beurteilung durch die SGKK StGKK: Dringlichkeit und soziale Bedürftigkeit nach Beurteilung durch den Verein
Psychotherapeutin oder Psychotherapeut als Geldleistung (Kostenzuschuss)	Der Preis war frei zu vereinbaren. Für eine Stunde Einzelsitzung betrug der Kostenzuschuss 21,80 EUR. Die Differenz zum Preis war von der Patientin bzw. dem Patienten zu tragen.	Eintragung in der Psychotherapeutenliste	Die Patientin bzw. der Patient musste vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung vorlegen.
Psychotherapie bei einer Vertragsärztin bzw. einem Vertragsarzt als Sachleistung	Der Patientin bzw. dem Patienten entstanden keine Kosten. Tarif SGKK: 68,85 EUR für 60 Minuten; Tarif StGKK: 67,72 EUR für 50 Minuten	Psy III-Diplom oder Eintragung in die Psychotherapeutenliste	Bereitschaft der Ärztin bzw. des Arztes, die Therapie selbst vorzunehmen
Psychotherapie bei einer Wahlärztin bzw. einem Wahlarzt als Geldleistung	Der Preis war zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patienten zu vereinbaren, diese bzw. dieser erhielt 80 % des Vertragstarifs erstattet.	Psy III-Diplom oder Eintragung in die Psychotherapeutenliste	Bereitschaft der Ärztin bzw. des Arztes, die Therapie selbst vorzunehmen

GKK = Gebietskrankenkasse

SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse

StGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

¹ Der Selbstbehalt entfiel für minderjährige Personen. Für bedürftige Personen finanzierte das Land Salzburg gemeinsam mit der SGKK Psychotherapie als Sachleistung mit abgestuften Kostenbeteiligungen.

Quelle: RH

Je nach Leistungsanbieterin bzw. Leistungsanbieter hatte bei der SGKK die Patientin bzw. der Patient je Einzeltherapiestunde einen Betrag von 14,70 EUR (als Selbstbehalt nach der Vereinslösung), einen sozial gestaffelten Kostenbeitrag für wirtschaftlich Bedürftige, die Differenz zwischen einem frei vereinbarten Preis und dem Kostenzuschuss von 21,80 EUR bei Inanspruchnahme einer Wahltherapeutin bzw. eines Wahltherapeuten oder keinen Kostenbeitrag (wenn eine Vertragsärztin bzw. ein Vertragsarzt die Therapie durchführte) zu bezahlen.

Bei der StGKK fiel bei Sachleistungen (Psychotherapie auf Vereinsbasis oder Vertragsärztin bzw. –arzt) kein Selbstbehalt an, bei Geldleistungen war die Differenz zwischen einem frei vereinbarten Preis und dem Kostenzuschuss von 21,80 EUR zu bezahlen.

26.2

Der RH wies kritisch darauf hin, dass für die gleiche Leistung je nach Anbietender bzw. Anbietendem (Ärztin oder Arzt bzw. Therapeutin oder Therapeut) sowohl im Sachleistungsbereich als auch im Wahlbereich unterschiedliche Selbstbehalte und Anspruchsvoraussetzungen galten. Er hielt dies für die Betroffenen für schwer durchschaubar.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, im Bereich Psychotherapie für die gleiche Leistung unabhängig von den Anbietenden vergleichbare Selbstbehalte und Anspruchsvoraussetzungen zu schaffen.

26.3

(1) Das Ministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass die Trägerkonferenz im Juni 2018 eine Vereinheitlichung der psychotherapeutischen Zuschüsse innerhalb der Gebietskrankenkassen beschlossen habe. Auch die seitens der Bundesregierung beabsichtigte Zusammenlegung von Krankenversicherungsträgern trage dazu bei.

(2) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass die Krankenversicherungsträger aktuell – im Zusammenhang mit der Leistungsharmonisierung innerhalb der Sozialversicherung – die Prozesse für die Leistungsanspruchnahme (Zugangskriterien, Wartezeiten–Monitoring, Clearingstellen) sowie die Qualitätskriterien diskutieren würden. Ziele seien die Anhebung der Zugangsqualität und die Etablierung von bundesweit einheitlichen Prozessen zur zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Umsetzung dieser Maßnahmen solle bis zum 1. Jänner 2019 erfolgen. Der Kostenzuschuss für psychotherapeutische Einzeltherapie werde ab 1. September 2018 bei allen Gebietskrankenkassen, allen Betriebskrankenkassen sowie der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft einheitlich auf das Niveau der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau von 28 EUR angehoben.

(3) Die SGKK merkte an, die Umsetzung dieser Empfehlung bedürfe einer gesetzlichen Novellierung.

(4) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme an, im Rahmen ihrer Sachleistungsversorgung würden weder bei Inanspruchnahme von Vertragsärztinnen und Vertragsärzten noch bei Inanspruchnahme von Vertragspsychotherapeutinnen und –therapeuten Selbstbehalte entstehen. Nach den entsprechenden gesetzlichen Vorgaben habe bei Wahlärztinnen und –ärzten eine Kostenerstattung nach § 131 ASVG zu erfolgen und bei Wahlpsychotherapeutinnen und –therapeuten gebühre der in der Satzung festgelegte Kostenzuschuss.

Psychopharmaka

Ausgaben der Sozialversicherungsträger

27.1 (1) Die Krankenversicherungsträger gaben im Jahr 2016 österreichweit rd. 215,69 Mio. EUR bzw. rd. 7 % ihrer gesamten Heilmittelausgaben für Psychopharmaka³³ aus.

Tabelle 10: Ausgaben für und Verordnungen von Psychopharmaka aller Krankenversicherungsträger 2016

Gruppe	Kosten	Verordnungen
	in EUR	Anzahl
Antipsychotika	81.090.448	2.201.470
Antidepressiva	76.580.957	5.684.306
Tranquilizer	8.773.851	2.506.252
Psychostimulanzien	5.894.448	104.326
Kombinationspräparate	992.820	109.846
betrachtete Psychopharmaka¹	173.332.524	10.606.200
Übrige (u.a. Antidementiva)	42.357.075	1.993.814
Summe Psychopharmaka	215.689.599	12.600.014

¹ In der Folge betrachtete der RH Psychopharmaka ohne Antidementiva, da die Versorgung von an Demenz erkrankten Personen (in Bezug auf Prävention, Diagnostik und Therapie) einer gesonderten Betrachtung bedürfte.

Quelle: LEICON

Dabei waren im Jahr 2016 Antipsychotika mit rd. 81,09 Mio. EUR und Antidepressiva mit rd. 76,58 Mio. EUR die bedeutsamsten Gruppen. Psychopharmaka gehörten zu den verordnungsstärksten Heilmitteln.³⁴ Antidepressiva machten fast die Hälfte aller Verordnungen von Psychopharmaka aus.

(2) Nach starkem Wachstum³⁵ in der Vergangenheit sanken die Ausgaben für die betrachteten Psychopharmaka im überprüften Zeitraum 2012 bis 2016 um 15,8 %. Die Ausgaben je Verordnung sanken um 14,7 %. Dies war hauptsächlich darauf zurückzuführen, dass bei Antidepressiva und Antipsychotika vermehrt Generika verfügbar waren und zum Einsatz kamen.

³³ Abfrage aus dem Standardprodukt „Leistungscontrolling“ (LEICON) 2016 analog zur „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ des Hauptverbands und der SGKK durchgeführt.

³⁴ Im Jahr 2016 waren Psychoanaleptika (N06), wozu u.a. Antidepressiva und Psychostimulanzien gehörten, nach Blutdruckmitteln die am zweithäufigsten verschriebene Medikamentengruppe.

³⁵ Die Ausgaben für die Gruppen N05 und N06 stiegen 2006 um rd. 13 %, 2007 um rd. 9 %, 2008 um rd. 12 % und 2009 um rd. 4 %. Eine Studie der Sozialversicherung zeigte für die Jahre 2007 bis 2009 einen Anstieg der Verordnungen für Psychopharmaka um 17 %, somit fast das Dreifache des Gesamtanstiegs (6,3 %).

- 27.2** Der RH hob positiv hervor, dass es im Zeitraum 2012 bis 2016 bei den betrachteten Psychopharmaka gelang, durch den Einsatz von Generika die Ausgaben der Krankenversicherungsträger um rd. 15,8 % zu senken.

Datenlage bei Psychopharmaka

- 28.1** (1) Die Informationen der Krankenversicherungsträger über den Einsatz von Psychopharmaka waren insoweit unvollständig, als Heilmittel unter der Rezeptgebühr in den Abrechnungsdaten – ausgenommen bei von Rezeptgebühren befreiten Personen – nicht enthalten waren. Es gab dafür auch keine Meldepflichten (etwa der Apotheken) an die Statistik Austria.

Nach einer Auswertung des Hauptverbands waren im Jahr 2017 rd. 17,6 % aller im Erstattungskodex enthaltenen Psychopharmaka mit Preisen unter der Rezeptgebühr gelistet. Ihr Einsatz war daher grundsätzlich nicht in den Abrechnungsdaten erfasst. In einer Wirkstoffgruppe (Benzodiazepine³⁶) lag der Anteil sogar bei 73 %. Im Vergleich zum Jahr 2016 war der Anteil der nicht in den Daten erfassten Packungen um rd. 19 % gestiegen.

(2) Die fehlenden Daten beeinträchtigten Rückschlüsse auf die Versorgung der Versicherten zu spezifischen Indikationen, die Bedarfsplanung für die Medikamentenversorgung,³⁷ Zeitreihenvergleiche (da dasselbe Heilmittel in manchen Jahren über, in anderen unter der Rezeptgebührengrenze lag) und Bundesländer-Vergleiche, da der Anteil der Rezeptgebührenbefreiungen unterschiedlich war. So führten die Datenlücken zu reduzierten Analyse- und Steuerungsmöglichkeiten. Der Hauptverband erachtete zur Erfüllung des gesundheitspolitischen Versorgungsauftrags der Sozialversicherung eine vollständige Datenerfassung als wünschenswert und zweckmäßig.

- 28.2** Der RH wies kritisch darauf hin, dass die Datenlage zu Psychopharmaka nicht vollständig war.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband der SGKK und der StGKK, zur besseren Versorgungsplanung darauf hinzuwirken, dass auch Medikamente unterhalb der Rezeptgebühr erfasst werden.

- 28.3** (1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass der Hauptverband eine entsprechende Zusatzvereinbarung zum Gesamtvertrag mit den Apotheken

³⁶ Benzodiazepine werden u.a. gegen Angst-, Erregungs- und Spannungszustände, Schlafstörungen und Epilepsie eingesetzt und gehören zu den am häufigsten verschriebenen Psychopharmaka.

³⁷ So war z.B. bei Anträgen auf Preiserhöhungen von im Erstattungskodex befindlichen Medikamenten die Evaluierung erschwert.

im Juni 2018 in der Trägerkonferenz und im Juli 2018 im Vorstandsvorstand einstimmig beschlossen habe.

(2) Der Hauptverband teilte mit, dass er in Umsetzung dieser Empfehlung mit der Österreichischen Apothekerkammer verhandle.

(3) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu und führte aus, dass der Hauptverband mit der Österreichischen Apothekerkammer eine Vereinbarung über die Übermittlung dieser Daten abgeschlossen habe.

(4) Die StGKK führte aus, eine Erfassung der rezeptgebührenbefreiten Medikamente sei wünschenswert, zumal viele Präparate bei Psycholeptika und Psychoanaleptika in der Kleinpackung unter der Rezeptgebühr liegen und daher in der Abrechnung mit den Kassen nicht aufscheinen würden. Es obliege der Apotheke und setze das Einverständnis der Patientin bzw. des Patienten voraus, diese Medikamente in der e-Medikation zu speichern. Ob eine pseudonymisierte Auswertung der registrierten Medikamente erfolgen könne, bedürfe einer technischen und datenschutzrechtlichen Klärung.

Strategie der Sozialversicherung

29.1

(1) Die Heilmittelversorgung war ein Handlungsbereich der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (**TZ 9**). Diese basierte auf einer Analyse von Verordnungsdaten der Jahre 2006 bis 2009, worin der Hauptverband Besonderheiten der Verschreibungspraxis aufzeigte, einige davon als kritisch beurteilte und sich Ziele für die weitere Vorgehensweise setzte.

(2) Eine Besonderheit der Verschreibungspraxis war, dass 68 % der Erstverschreibungen von Psychopharmaka durch Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner erfolgten. Eine weitere Erkenntnis betraf die Altersverteilung der Betroffenen: Obwohl die öffentliche Diskussion auf Berufstätige bzw. Kinder und Jugendliche fokussierte, war rund die Hälfte der Personen mit Psychopharmaka-Verschreibungen über 60 Jahre alt.

(3) Als kritisch beurteilte der Hauptverband die Anzahl an Einmalverschreibungen (9 % der Personen erhielten ein Medikament nur einmal verordnet, obwohl das Medikament für den mehrmonatigen Einsatz bestimmt war) sowie die Unterschiede zwischen Bundesländern und zwischen Frauen und Männern (Frauen bekamen mehr Psychopharmaka verordnet als Männer, dafür aber kostengünstigere).

(4) Im Jahr 2016 betrug die Ausgaben der Krankenversicherungsträger je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten für Psychopharmaka österreichweit 20,12 EUR, bei der SGKK 18,56 EUR und bei der StGKK 23,22 EUR. Die StGKK

lag somit um rd. 25 % über der SGKK. Ähnliche Unterschiede zeigten sich auch bei der Zahl der Verordnungen und der Patientinnen und Patienten.³⁸

Obwohl diese Unterschiede seit langem bekannt waren, lagen keine Analysen zur Erklärung der Ursachen vor. Neben Unterschieden bei den Erkrankungen kämen auch eine unterschiedliche Verschreibep Praxis oder Datenverzerrungen bei Rezeptgebührenbefreiungen in Betracht. Einen Handlungsbedarf leiteten die SGKK und die StGKK für sich aus den Unterschieden nicht ab.

(5) Ziel der Sozialversicherung war es, gemeinsam mit der Österreichischen Ärztekammer und den zuständigen Fachgesellschaften „Richtlinien für eine evidenzbasierte Verschreibung“ zu erstellen. Das Wissen über Psychopharmaka sollte – gestützt auf evidenzbasierte Studien – durch geeignete Informationsmaßnahmen an Ärztinnen und Ärzte und Betroffene vermittelt werden.

(6) Im Hinblick auf Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels wiesen die SGKK und die StGKK auf die Leitlinie „Depression“ im Rahmen der seit 2006 bestehenden Initiative „Arznei und Vernunft“³⁹ hin. Die SGKK wies weiters auf ein „Konsensus-Statement“ aus 2012 „Depression – Medikamentöse Therapie“ hin. Nach Auskunft des Hauptverbands lagen zur Zeit der Gebarungsüberprüfung die geplanten Richtlinien nicht vor. Im seinem Evaluierungsbericht zur Strategie 2016 verwies er stattdessen auf verschiedene Analysen.

(7) Die Aktualisierung einiger Auswertungen der Jahre 2006 bis 2009 mit Daten aus dem Jahr 2016 bzw. zusätzliche Analysen des RH zeigten, dass sowohl der Anteil der Erstverschreibungen durch Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner als auch die Altersverteilung der Patientinnen und Patienten im Wesentlichen unverändert waren. Die Anzahl der Einmalverordnungen war zwar gesunken, rd. 11 % bis 12 % der Heilmittel wurden jedoch weniger als 90 Tage verordnet (siehe Abbildung B im Anhang). Die Chefärztlichen Dienste, die Ökonomiekontrollabteilungen der SGKK und der StGKK sowie die Heilmittelabteilung im Hauptverband leiteten weder aus dem höheren Frauenanteil noch dem Anteil der Einmalverschreibungen⁴⁰ einen Handlungsbedarf ab. Die dahingehend kritische Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit blieb aber unverändert.

³⁸ Bei der Zahl der Verordnungen je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten lag die StGKK um rd. 31 % höher als die SGKK, bei der Zahl der Patientinnen und Patienten je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten um 28 %.

³⁹ Diese ist ein Projekt von Hauptverband, Pharmig – Verband der pharmazeutischen Industrie Österreichs, Österreichischer Ärzte- und Apothekerkammer.

⁴⁰ Ein kurzfristiger Einsatz sei plausibel, z.B.: bei der Umstellung auf ein anderes Präparat, der Besserung der Symptome, einem kurzfristigen Einsatz von Antidepressiva als Schlafmittel, bei einem Absetzen wegen Nichtwirken oder Nebenwirkungen. Der höhere Anteil von Frauen sei ein lang bekanntes und auch international vergleichbares Phänomen mit vielen möglichen Ursachen.

29.2

Der RH anerkannte, dass die Sozialversicherungsträger den Psychopharmaka–Verbrauch analysiert und daraus in ihrer Strategie zur psychischen Gesundheit Ziele abgeleitet hatten. Der RH begrüßte auch die Bemühungen zur Vertragspartner– und Patienteninformation. Er wies aber kritisch darauf hin, dass unklar war, ob die in der Strategie vorgesehenen neuen Richtlinien für evidenzbasierte Verschreibung nunmehr vorhanden waren: Eine Richtlinie hatte bereits vor der Strategie bestanden, eine andere erachtete nur die SGKK als maßgeblich, der Hauptverband beurteilte diesen Punkt als nicht umgesetzt.

Obwohl die SGKK, die StGKK und der Hauptverband die im Jahr 2012 in der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit kritisch beurteilten Punkte überwiegend nicht mehr als problematisch sahen, blieb diese Strategie dennoch in Geltung. Die Prioritäten der Sozialversicherung im Bereich der Psychopharmaka waren daher zur Zeit der Gebarungüberprüfung unklar.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK und der StGKK, die weitere Strategie der Sozialversicherung im Bereich der Psychopharmaka insbesondere hinsichtlich der Einmalverschreibungen sowie der Geschlechts– und Bundesländerunterschiede zu klären.

29.3

(1) Laut Stellungnahme des Hauptverbands werde die genannte Strategie nicht mehr weiterverfolgt.

(2) Die SGKK führte aus, dass sie gerade im Bereich der Medikamentenverschreibungen sehr gute Benchmarkwerte aufweise. Es sei ihr ein permanentes Anliegen, die Qualität und Häufigkeit von Verschreibungen mit ihren niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten im Dialog zu hinterfragen. In jahrelanger Zusammenarbeit mit der Ärztekammer für Salzburg gelinge es, die Verordnung von Generika auch bei Psychopharmaka zu forcieren, weshalb die SGKK die höchste Generikaquote habe. Weiters sei bei Betrachtung der Psychopharmaka die Altersstruktur der Versicherten bzw. der Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Analyse von Einmalverschreibungen sowie von Geschlechts– und Bundesländerunterschieden sei unabhängig von einer entsprechenden Strategie auf Bundesebene durchzuführen. Medizinische Richtlinien seien bundesweit auszuarbeiten und verbindlich zu machen.

(3) Die StGKK stimmte der Empfehlung zu, gab aber zu bedenken, dass eine Strategie in diesem Bereich nicht nur auf die bestmögliche Krankenbehandlung reduziert werden könne. Die multiplen äußerlichen Faktoren, die im Beruf, aber auch im privaten Umfeld die seelische Gesundheit beeinflussten, seien zu analysieren und in einem gesundheitspolitischen Gesamtkonzept zu betrachten.

Rehabilitation

Zuständigkeit

30.1

(1) Die PVA war (zur Vermeidung von Pensionsleistungen) gesetzlich für die medizinische Rehabilitation von Versicherten (Erwerbstätige, Arbeitslose etc.) und von Personen in Invaliditätspension zuständig, die Krankenversicherungsträger für mitversicherte Angehörige sowie für Personen in Alterspension (§§ 154a, 300 ff. ASVG).⁴¹ Diese Aufteilung war insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Finanzierung von Bedeutung: Überstiegen bei der PVA die Aufwendungen die Erträge, so trug der Bund die Differenz (Bundesbeitrag, § 80 ASVG); bei der Krankenversicherung war dies nicht der Fall.

(2) Die PVA übernahm dennoch auch für Personen in Alterspension stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahmen. Inhaltlich begründete sie dies mit der Vermeidung von Pflegegeld, das den Bund finanziell belastete. Rechtlich stützte sie sich auf ihre Zuständigkeit zur Gesundheitsvorsorge (§ 307d ASVG).⁴² Sie berief sich auf ein – „Erlass“ genanntes⁴³ – Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz aus 1999, nach dem die Rehabilitation von Personen in Alterspension zwar primär Aufgabe der Krankenversicherung sei, die Praxis der PVA jedoch im Rahmen der Gesundheitsvorsorge gedeckt sei und das Ministerium von deren Fortsetzung ausgehe. Von allen im Jahr 2016 bewilligten Rehabilitationsverfahren bei der PVA entfielen rd. 43 % auf Pensionistinnen und Pensionisten. Psychiatrische Rehabilitation gewährte sie Personen in Alterspension jedoch grundsätzlich nicht – anders als Rehabilitation bei anderen Indikationen (z.B. Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems). Entsprechende Anträge trat sie an die Krankenversicherung ab. Eine inhaltliche Begründung dafür fehlte.⁴⁴ Über die Hälfte der Personen mit Antidepressiva-Verschreibungen war über 60 Jahre alt (**TZ 29**).

(3) Bereits im erwähnten Schreiben aus 1999 befürwortete das damalige Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales eine klarere gesetzliche Definition der Zuständigkeiten. Im Regierungsprogramm 2013 bis 2018 war vorgesehen, dass

⁴¹ Die Richtlinien des Hauptverbands über die Erbringung von Rehabilitationsleistungen hielten in § 25 Abs. 2 explizit fest, dass für Alterspensionistinnen und –pensionisten Rehabilitationsmaßnahmen aus der Pensionsversicherung nicht in Betracht kämen. Diese Bestimmung war bereits im Jahr 2000 gleichlautend vorhanden.

⁴² Dies umfasste Kuraufenthalte, aber auch Unterbringungen in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen (§ 307d Abs. 2 ASVG).

⁴³ Erlässe des Ministeriums können nur an nachgeordnete Dienststellen ergehen, nicht an Sozialversicherungsträger, die als Selbstverwaltungskörper organisiert sind.

⁴⁴ Laut PVA wurde diese Beschränkung im Jahr 2003 bei der Einführung zweier Pilotprojekte für die psychiatrische und die lymphologische Rehabilitation intern festgeschrieben. Die Pilotprojekte wurden 2007 in den Regelbetrieb übergeführt, die Beschränkung des Personenkreises war zum Prüfungszeitpunkt 2017 unverändert aufrecht.

die Pensionsversicherung ab 2015 Rehabilitation für alle Seniorinnen und Senioren anbieten sollte. Eine Anpassung der Rechtslage unterblieb jedoch.

30.2

Der RH kritisierte die Zuständigkeitsverteilung zwischen PVA und Krankenversicherungsträgern bei der Rehabilitation und verwies auf seinen Bericht „Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2017/7, TZ 24). Er kritisierte weiters, dass die PVA Personen in Alterspension – obwohl diese häufig psychische Leiden aufwiesen (TZ 29) – keine psychiatrische Rehabilitation gewährte, ohne dafür eine sachliche Begründung vorzulegen.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK sowie der PVA, auf eine Klärung hinzuwirken, unter welchen Umständen psychiatrische Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten erbracht werden soll und welcher Sozialversicherungsträger dafür zuständig sein soll.

30.3

(1) Das Ministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dieses Thema sei für Versicherte zweifelsfrei von Bedeutung und könnte durch interne Meinungsbildung im Hauptverband oder durch eine gesetzliche Regelung gelöst werden. Letztere setze einen entsprechenden politischen Willen voraus. Abzuwarten bleibe auch die Strukturreform der österreichischen Sozialversicherungsträger.

(2) Der Hauptverband bestätigte in seiner Stellungnahme die unbefriedigende Zuständigkeitsverteilung in der Rehabilitation zwischen Pensionsversicherung und Krankenversicherung, die eine Anpassung der gesetzlichen Rahmenbedingungen bereinigen könnte. Das würde auch Grundlage einer besseren Dokumentation sein können.

(3) Die SGKK und die StGKK stimmten der Empfehlung zu und befürworteten in ihren Stellungnahmen eine Übertragung des gesamten Bereichs der Rehabilitation – somit auch für Pensionistinnen und Pensionisten – auf die PVA.

(4) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

Ambulante psychiatrische Rehabilitation

31.1 (1) Rehabilitationsverfahren konnten auch ambulant erfolgen. Dies war – in den dafür geeigneten Fällen⁴⁵ – kostengünstiger, da keine Unterbringung („Hotelkomponente“) anfiel. Ambulante psychiatrische Rehabilitation stand jedoch nicht allen offen:

- Die PVA gewährte sie nicht für Personen in Alterspension und verwies diese an die Krankenversicherungsträger (**TZ 30**).
- Die SGKK gewährte seit 2015 in besonders gelagerten Einzelfällen nach einem stationären Aufenthalt ambulante psychiatrische Rehabilitation, wenn diese einen stationären Aufenthalt im Ausland ersetzte (im Jahr 2016 neun Fälle).
- Die StGKK gewährte keine ambulante psychiatrische Rehabilitation, da diese für die Krankenversicherung (§ 154a ASVG) nicht vorgesehen war.

31.2 Der RH hielt kritisch fest, dass der Zugang zu ambulanter psychiatrischer Rehabilitation uneinheitlich geregelt war, ohne dass sachliche Kriterien dafür erkennbar waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, darauf hinzuwirken, dass ambulante Rehabilitationsmaßnahmen künftig nach sachlichen Kriterien unter Gleichbehandlung aller Anspruchsberechtigten gewährt werden.

31.3 (1) Das Ministerium und der Hauptverband verwiesen auf ihre Stellungnahme zu **TZ 30**.

(2) Die SGKK und die StGKK unterstützten die Empfehlung nach einer bundesweit harmonisierten Vorgehensweise.

(3) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

⁴⁵ Eine stationäre psychiatrische Rehabilitation bedeutete einen sechswöchigen Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum. Die lange Abwesenheit aus dem gewohnten Umfeld konnte sich positiv auswirken, aber eine Rehabilitation – etwa wegen Sorgepflichten – auch verhindern. Ambulante Rehabilitation war nur in Ballungszentren verfügbar und nur für die im Umkreis wohnenden Personen möglich.

Gebarungsvolumen

32.1 (1) Wie die folgende Tabelle zeigt, stieg der österreichweite Aufwand der PVA für psychiatrische Rehabilitation in den Jahren 2012 bis 2016 um rd. 26,16 Mio. EUR bzw. rd. 54 %:

Tabelle 11: Aufwand der PVA für psychiatrische Rehabilitation 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	in Mio. EUR					in %
Pensionsversicherungsanstalt gesamt						
psychiatrische Rehabilitation – stationär	45,59	48,14	52,93	59,85	66,46	46
psychiatrische Rehabilitation – ambulant	2,62	4,04	3,21	5,57	7,90	202
Summe psychiatrische Rehabilitation	48,21	52,18	56,14	65,42	74,37	54
davon Salzburg						
psychiatrische Rehabilitation – stationär	1,34	1,37	1,81	2,03	2,41	80
psychiatrische Rehabilitation – ambulant	–	–	0,00	0,34	0,80	–
Summe psychiatrische Rehabilitation Salzburg	1,34	1,37	1,82	2,37	3,21	140
davon Steiermark						
psychiatrische Rehabilitation – stationär	7,23	8,07	8,32	9,97	12,03	67
psychiatrische Rehabilitation – ambulant	0,02	0,01	0,00	0,00	1,58	–
Summe psychiatrische Rehabilitation Steiermark	7,24	8,08	8,33	9,97	13,61	88

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: PVA; RH

Auch die entsprechenden Fallzahlen stiegen in diesem Zeitraum österreichweit um rd. 55 % (siehe Tabelle K im Anhang).

(2) Die Tabelle zeigt auch, dass in der Steiermark im Jahr 2016 mit rd. 13,61 Mio. EUR bei rund doppelt so hoher Bevölkerung ein rund vier Mal höherer Aufwand der PVA für psychiatrische Rehabilitation anfiel als in Salzburg mit rd. 3,21 Mio. EUR. Auch die Anzahl der durchgeführten Rehabilitationsverfahren war in der Steiermark im Jahr 2016 mit rd. 2.200 rund vier Mal so hoch wie in Salzburg mit rd. 570 (siehe Tabelle K im Anhang). Die Ursachen dafür waren unklar.

(3) Die Datenlage zur Rehabilitation war bei den beiden GKK eingeschränkter als bei der PVA; z.B. waren Auswertungen zur Bewilligungsquote oder nach Geschlecht bei den GKK nicht möglich. Daten zu Rehabilitationsverfahren im In- und Ausland waren bei beiden GKK getrennt erfasst und konnten nur manuell zusammengeführt werden.

(4) Die durchschnittlichen Kosten eines ambulanten psychiatrischen Rehabilitationsverfahrens bei der PVA betragen im Jahr 2016 österreichweit rd. 4.000 EUR, ein stationäres Verfahren kostete die PVA rd. 6.500 EUR.⁴⁶

32.2

(1) Der RH erinnerte daran, dass die Zahl der psychiatrischen Rehabilitationsplätze von 2007 bis 2016 auf das Vierfache gestiegen war (**TZ 7**) und die Rehabilitation je Verfahren rd. 4.000 EUR (ambulant) und rd. 6.500 EUR (stationär) kostete. Der RH beurteilte daher die hohen Unterschiede zwischen Salzburg und der Steiermark als wesentlich und sah kritisch, dass die Ursachen dafür unklar waren.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, gemeinsam die unterschiedliche Inanspruchnahme der psychiatrischen Rehabilitation in Salzburg und in der Steiermark zu analysieren und Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung zu erarbeiten.

(2) Der RH kritisierte, dass bei der SGKK und der StGKK Auswertungen über die psychiatrische Rehabilitation nur sehr eingeschränkt möglich waren.

Der RH empfahl daher der SGKK und der StGKK, die Datengrundlagen und –auswertungen zur psychiatrischen Rehabilitation zu verbessern.

32.3

(1) Im Sinne der gebotenen Gleichbehandlung aller Versicherten in Österreich begrüßte die SGKK eine verstärkte Vergleichsanalyse, um auf diese Weise gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung für ganz Österreich und für alle Versicherten auszuarbeiten. Weiters bekenne sie sich zu allen Maßnahmen zur Verbesserung der Datenqualität und der Auswirkungen.

(2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie unterstütze die Empfehlung des RH zur Analyse der unterschiedlichen Inanspruchnahme der psychiatrischen Rehabilitation in der Steiermark und in Salzburg, wies aber darauf hin, dass ein österreichweiter Vergleich über sämtliche Sozialversicherungsträger anzustreben sei. Die StGKK sei auch in diesem Bereich stets bestrebt, die Datengrundlagen und –auswertungen ständig zu verbessern.

(3) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

⁴⁶ Zum Vergleich: Ein Spitalsaufenthalt von rd. 14 Tagen (durchschnittliche Belagsdauer) kostete bei rd. 780 EUR pro Tag (Ansatz lt. Hauptverband für die Patienteninformation LIVE) rd. 11.000 EUR. Zehn Psychotherapieeinheiten kosteten rd. 700 EUR bis 800 EUR, eine quartalsweise Betreuung durch eine Psychiaterin bzw. einen Psychiater ebenfalls einige 100 EUR und eine Therapie mit Antidepressiva für zwölf Monate rd. 300 EUR.

Bedarfsplanung

33.1

(1) Der Hauptverband beauftragte alle drei bis vier Jahre (zuletzt 2012 und 2016) einen Rehabilitationsplan, der die benötigte Anzahl von Therapieplätzen einschätzte. Der Rehabilitationsplan 2012 definierte für die stationäre psychiatrische Rehabilitation bis 2015 einen zusätzlichen Bedarf von 121 Bettenäquivalenten (stationär) und 13 Therapieplätzen (ambulant). Tatsächlich wurden 376 zusätzliche Bettenäquivalente und 117 Therapieplätze⁴⁷ geschaffen. Dabei gab es große regionale Unterschiede: In der Versorgungszone West (Tirol und Vorarlberg) erreichte der Ausbau den Bedarf laut Rehabilitationsplan 2012 nicht; in anderen Regionen gab es im Vergleich zum Plan Überkapazitäten.

(2) Trotz dieses Ausbaus gab es zur Zeit der Gebarungsüberprüfung im stationären Bereich bei der StGKK Wartezeiten zwischen drei und sechs Monaten, bei der SGKK zwischen drei und zehn Monaten. Bei der PVA lagen zwischen Bewilligung und Antritt der stationären psychiatrischen Rehabilitation im Schnitt rund fünf Monate; dies umfasste jedoch auch patientenverursachte Verzögerungen.

(3) Im Jahr 2016 ließ der Hauptverband einen neuen Rehabilitationsplan erstellen. Er sah bis 2020 einen weiteren Bedarfsanstieg bei der psychiatrischen Rehabilitation um rd. 300 Bettenäquivalente bzw. rd. 170 ambulante Therapieplätze vor. Planungen zur ambulanten Phase-III-Rehabilitation⁴⁸ waren nicht im Rehabilitationsplan 2016 enthalten.

33.2

Der RH hielt kritisch fest, dass die tatsächliche Entwicklung der psychiatrischen Rehabilitationsangebote stark vom Rehabilitationsplan abwich, der Rehabilitationsplan 2016 keine Planung für die ambulante Phase-III-Rehabilitation enthielt und weiterhin Wartezeiten für Betroffene bestanden. Der RH wies dazu auf seine Feststellungen zu den negativen operativen Folgen einer unrealistischen Planung (z.B. bei der Auswahl von Anbietern) im Bericht „Compliance im Vergabe- und Personalbereich in der Sozialversicherung“ (Reihe Bund 2017/7, TZ 45) hin.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, sicherzustellen, dass der künftige Ausbau des Rehabilitationsangebots im Rahmen einer bedarfsgerechten Steuerung erfolgt.

⁴⁷ Datenbasis 2014 ergänzt um Einrichtungen, die bis April 2016 realisiert wurden oder eine Betriebsbewilligung hatten.

⁴⁸ Die ambulante Phase-III-Rehabilitation dient der Stabilisierung der in Phase II erreichten Effekte sowie der langfristig positiven Veränderung des Lebensstils zur Verhinderung einer Progression der Erkrankung.

33.3 (1) Der Hauptverband führte in seiner Stellungnahme aus, es sei richtig, dass eine Planung der ambulanten Phase III Rehabilitation im Rehabilitationsplan 2016 nicht erfolgt sei. Es sei angedacht, diese im nächsten Rehabilitationsplan zu berücksichtigen. Aus der Sicht des Hauptverbands handle es sich bei der Phase III Rehabilitation um Krankenbehandlung (siehe § 133 Abs. 2 zweiter Satz ASVG).

(2) Die SGKK und die StGKK stimmten der Empfehlung zu.

(3) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

Kinder- und Jugendrehabilitation

34.1 Für die Kinder- und Jugendrehabilitation erfolgte eine eigene Bedarfsschätzung, die einen Bedarf von 110 Bettenäquivalenten im Jahr 2020 für die psychosoziale Rehabilitation ergab.⁴⁹ Im Jahr 2014 vereinbarten die Länder und die Sozialversicherung eine gemeinsame Finanzierung, 2015 begann der Hauptverband ein Vergabeverfahren. Bis Juli 2017 wurden alle 110 Bettenäquivalente vergeben. Die Inbetriebnahme der noch zu errichtenden Einrichtungen war bis Ende 2019 geplant.

34.2 Der RH anerkannte, dass die Schaffung eines Angebots für die psychosoziale Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen zwischen 2014 und 2017 wesentliche Fortschritte gemacht hatte.

Strategie der Sozialversicherung

35.1 (1) Die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2012 (**TZ 9**) sah für die psychiatrische Rehabilitation einen allgemeinen Ausbau, verstärkte trägerübergreifende Kooperation für frühzeitige Hilfe und Pilotprojekte für Kinder und Jugendliche vor. Sie enthielt jedoch keine Vorschläge zur Zuständigkeitsverteilung, für eine systematische Gewährung von ambulanter Rehabilitation oder für eine verbesserte Bedarfsplanung.

(2) Der Evaluierungsbericht des Hauptverbands vom Mai 2016 verwies auf die Erfolge bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Kooperation zwischen Pensions- und Krankenversicherung sei durch gesetzliche Änderungen („Invaliditätspension Neu“) institutionalisiert worden und ein weiterer Ausbau im Rehabilitationsplan vorgesehen. Die unter den Erwartungen gebliebenen Erfolge im Bereich des Rehabilitationsgeldes (siehe Bericht des RH „Invaliditätspension Neu“, Reihe Bund 2017/33), die Wartezeiten (**TZ 33**), die Zuständigkeit für Alterspensionistinnen und –pensionisten (**TZ 30**) bzw. regionale Unterschiede (**TZ 32**) sprach der Be-

⁴⁹ Diese war in kinder- und jugendpsychiatrische Erkrankungen (42 Bettenäquivalente) und Entwicklungs- und Sozialpädiatrie sowie pädiatrische Versorgung (68 Bettenäquivalente) unterteilt.

richt nicht an. Eine quantitative Bewertung der Zielerreichung bzw. angepasste Ziele wurden nach der Evaluierung nicht entwickelt.

35.2

Der RH begrüßte erneut (**TZ 9**) die Erstellung einer Strategie zur psychischen Gesundheit durch die Sozialversicherung. Er wies jedoch kritisch darauf hin, dass darin zentrale Probleme der psychiatrischen Rehabilitation nicht angesprochen waren und trotz veränderter Rahmenbedingungen eine zeitnahe Adaptierung der Ziele unterblieb.

Er empfahl daher dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, auf eine Aktualisierung der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit hinsichtlich der psychiatrischen Rehabilitation (Zuständigkeit, ambulante Rehabilitation) hinzuwirken.

35.3

(1) Das Ministerium wies auf die Zuständigkeit des Hauptverbands (Rehabilitationsplan, Richtlinienkompetenz) und die zu erwartende Strukturreform der österreichischen Sozialversicherungsträger hin.

(2) Der Hauptverband merkte an, dass hier jüngst die Krankenversicherungsträger, teilweise in Zusammenarbeit mit der PVA und den Ländern, vielfältigste Aktivitäten gesetzt hätten (z.B. Einrichtung von Clearingstellen, Case-Management bei Langzeitkrankenständen, fit2work: Einbindung von Psychologinnen und Psychologen/Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten; WGKK: „Alkohol 2020“ – ganzheitliche Versorgung auf Basis eines umfassenden Assessments und eines Modulsystems; TGKK: Im Rahmen der chefarztlichen Kontrolle bei Langzeitkrankenständen – Angebot eines Gesprächs mit einer Psychotherapeutin bzw. einem Psychotherapeuten).

(3) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu und wies darauf hin, dass eine gesamthafte Aktualisierung und Abstimmung mit den anderen Strategien anzustreben seien.

(4) Die StGKK sagte zu, auf eine Aktualisierung der Strategie zur psychischen Gesundheit hinzuwirken und sich nach Möglichkeit daran aktiv zu beteiligen.

(5) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

Weiterentwicklung

- 36.1** (1) Die PVA stellte zur Zeit der Gebarungsüberprüfung durch verschiedene Projekte ihre Rehabilitationsverfahren um. Dies betraf insbesondere:
- eine verstärkte Verbindung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation,
 - eine flexiblere Gestaltung der Dauer der stationären Rehabilitation,
 - eine Wahlmöglichkeit zwischen ambulanter und stationärer Rehabilitation,
 - eine Flexibilisierung der Leistungsprofile der einzelnen Rehabilitationsverfahren,
 - ein Screening nach psychischen Erkrankungen bei der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“,
 - die Einbeziehung psychometrischer Verfahren,
 - ein Konzept zur integrierten Versorgung von Menschen mit einer Alkoholerkrankung und
 - ein Projekt mit der WGKK und dem Psychosozialen Dienst Wien zur sektorenübergreifenden Kooperation.
- 36.2** Der RH anerkannte, dass die PVA zahlreiche Initiativen im Bereich der Rehabilitation setzte, die diesen Bereich verbessern sollten.
- 36.3** Die PVA ergänzte in ihrer Stellungnahme ihre Initiativen zur Verbesserung der Rehabilitation um weitere zwischenzeitlich geplante Maßnahmen, z.B. die geplante Ausschreibung ambulanter Rehabilitationsplätze, eine gezieltere Planung durch zusätzlich verfügbare Daten, die Implementierung einer medizinisch–beruflich orientierten Rehabilitation in drei Einrichtungen, die Implementierung einer „Psycho-Kardiologie“ nach Herz–Akutereignissen, die Stärkung des Blockes „Mentale Gesundheit“ in der „Gesundheitsvorsorge Aktiv“, eine Evaluierung der Nachhaltigkeit rehabilitativer Maßnahmen und einen „Paradigmenwechsel von der indikationsspezifischen zur Teilhabe–orientierten Rehabilitation“.

Krankenstand aufgrund psychischer Erkrankung

Entwicklung der Krankenstände

37.1 (1) Krankenstände stellen einen wichtigen Indikator für das Risiko eines gesundheitsbedingten Austritts aus dem Erwerbsleben dar: Bereits etliche Jahre vor dem Antritt einer Invaliditätspension fielen deutlich mehr Krankenstandstage an. Psychische Langzeitkrankenstände wiesen auf ein besonders starkes Invaliditätsrisiko hin.⁵⁰

(2) Die Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen stiegen bei Erwerbstätigen von 2007 bis 2016 um rd. 1,80 Mio. Tage bzw. rd. 94 % (siehe dazu auch Tabellen L und M im Anhang). Die dadurch bedingte Steigerung der Krankengeldaufwendungen lag mindestens bei rd. 35,18 Mio. EUR.⁵¹

Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Krankenstandstage aller Versicherten (Erwerbstätige, Arbeitslose, Sonstige) der SGKK und der StGKK im überprüften Zeitraum 2012 bis 2016:⁵²

⁵⁰ Leoni, Fehlzeitenreport 2011. Krankheits- und unfallbedingte Fehlzeiten in Österreich. Österreichisches Institut für Wirtschaftsforschung (2011) S. V–IX.

⁵¹ Nach dem Fehlzeitenreport 2017 lagen bei rd. 35 Mio. Krankenstandstagen die Aufwendungen für Krankengeld bei rd. 685 Mio. EUR, also rd. 20 EUR pro Tag (der Durchschnitt ist deshalb so niedrig, weil nicht bei allen Krankenstandstagen ein Krankengeld anfällt). Darin nicht berücksichtigt sind Kosten für Dienstgeberinnen und Dienstgeber (z.B. Entgeltfortzahlung).

⁵² Erfasst waren die Diagnosegruppen F (psychiatrische Erkrankungen) sowie Z 73 (Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, u.a. Burnout) und Z 76 (Sonstige Gründe für die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems) gemäß ICD–10. Kurze Krankenstände (bis drei Tage) sind dabei untererfasst. Seit 2014 sind Zeiten des Rehabilitationsgeldbezugs in den Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Tabelle 12: Krankenstandstage bei der SGKK und der StGKK 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016	2016
	in Tagen					in %	in Tagen je Anspruchsberechtigte/n
SGKK – gesamt	2.592.299	2.695.669	2.605.558	2.664.013	2.737.320	6	5,9
<i>davon</i>							
<i>psychisch bedingt</i>	380.816	403.640	414.714	405.584	419.636	10	0,9
	in %						
Anteil der psychisch bedingten Kranken- standstage	15	15	16	15	15		
	in Tagen						
StGKK – gesamt	6.150.907	6.152.880	5.970.644	6.254.680	6.405.476	4	6,7
<i>davon</i>							
<i>psychisch bedingt</i>	536.886	550.617	565.441	600.639	647.304	21	0,7
	in %						
Anteil der psychisch bedingten Kranken- standstage	9	9	10	10	10		

SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse
StGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Quellen: SGKK; StGKK; RH

Je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten fielen bei der StGKK insgesamt rd. 13 % mehr Krankenstandstage als bei der SGKK an, jedoch rund ein Viertel weniger aufgrund von psychischen Erkrankungen. Der Anteil der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen lag bei der SGKK mit rd. 15 % deutlich höher als bei der StGKK mit rd. 10 %. Die Steigerung der Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen im Zeitraum 2012 bis 2016 war in der Steiermark (21 %) höher als in Salzburg (10 %). Die Gründe für diese Unterschiede waren nicht bekannt.

(3) Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen wiesen eine Reihe von Besonderheiten auf:

- Sie dauerten überdurchschnittlich lang (z.B. 2016 bei der SGKK rd. 42 Tage gegenüber rund elf Tagen im Schnitt aller Diagnosen).
- Sie betrafen häufiger Frauen als Männer (z.B. bei der SGKK im Jahr 2016 rd. 60 % Frauen).
- Sie betrafen häufig Arbeitslose: In Salzburg machten diese 2012 bis 2016 rund ein Viertel der psychischen Arbeitsunfähigkeitsfälle aus; in der Steiermark rund ein Drittel.

37.2 Der RH hielt fest, dass die Krankenstandstage aufgrund psychischer Erkrankungen ein wichtiger Indikator für Invaliditätsrisiko waren und im überprüften Zeitraum 2012 bis 2016 sowohl bei der SGKK als auch bei der StGKK zunahmen. Er wies darauf hin, dass Krankenstände wegen psychischen Erkrankungen bei der SGKK einen höheren Anteil ausmachten als bei der StGKK. Die Gründe dafür waren unklar.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, die Ursachen der unterschiedlichen Häufigkeit der Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen näher zu analysieren und entsprechende Gegenmaßnahmen zu setzen.

37.3 (1) Der Hauptverband merkte an, dass aufgrund möglicher Stigmatisierungen durch eine psychische Diagnose in der Praxis oft eine „Ausweichdiagnose“ gestellt werde, insbesondere um berufliche Probleme zu vermeiden. Dies sei informell bekannt und werde gebilligt.

(2) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu.

(3) Die StGKK stimmte einer bundesweiten Analyse der unterschiedlichen Häufigkeit der Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen zu und sagte zu, den Hauptverband bei Durchführung der Analyse zu unterstützen.

(4) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

Arbeitsunfähigkeitsmanagement der SGKK und der StGKK

38.1 (1) Die Krankenversicherungsträger nahmen Krankmeldungen entgegen und luden ausgewählte Personen zu einer medizinischen Begutachtung vor. Damit sollten einerseits Missbräuche vermieden, andererseits die Versicherten beraten werden.

Insgesamt war die Dichte der Begutachtungen bei der StGKK höher als bei der SGKK.⁵³ Bei beiden GKK sank die Anzahl der Begutachtungen im Zeitverlauf. Für entsprechende Vergleiche bei psychischen Erkrankungen fehlten in der SGKK die Daten.

⁵³ Die StGKK führte im Jahr 2012 rd. 130.000 Begutachtungen durch; im Jahr 2016 waren es rd. 108.000 Begutachtungen. Die SGKK führte 2012 rd. 24.000 Begutachtungen durch, im Jahr 2016 rd. 18.000. Die StGKK begutachtete im Jahr 2016 20 % aller bzw. 96 % der psychischen Krankenstandsfälle, die SGKK nur 7 % aller Fälle (keine Auswertung für psychische Fälle vorhanden). Nach erkrankten Personen begutachtete die StGKK 39 % (psychische Fälle: 119 %), die SGKK 14 %. Eine Person konnte während eines Krankenstands auch mehrfach begutachtet werden; Verschiebungen bei der Jahreszuordnung waren möglich (Auswertung der Begutachtungen exakt nach Datum, der Krankenstandsfälle bzw. Personen nach letztem Tag der Arbeitsunfähigkeit).

(2) Die Vorladungen erfolgten insbesondere nach Krankenstandsdauer und –häufigkeit, aber auch nach Diagnose oder verfügbaren Begutachtungsressourcen. Für Vorladungen bei langen Krankenständen übernahm die SGKK die im dafür österreichweit verwendeten IT-Programm festgelegten Kriterien nahezu unverändert,⁵⁴ die StGKK nicht. Auch die Vorladepraxis bei häufigen kurzen Krankenständen unterschied sich. Eine Evaluierung des Nutzens der Vorladungen in Abhängigkeit von den Vorladekriterien im Vergleich der GKK lag nicht vor.

(3) Das Ministerium empfahl im Jahr 2011 nach einer Querschnittsüberprüfung u.a., mit der Ärztekammer die verpflichtende Befristung von Krankmeldungen zu vereinbaren sowie die elektronische Krankmeldung mit einheitlicher Diagnosecodierung zu forcieren. Im Jahr 2012 ergingen noch rd. 23 % (StGKK) bzw. 8 % (SGKK) der Krankmeldungen in Papierform, im Jahr 2016 nur mehr rd. 8 % bzw. rd. 3 %. Die nicht einheitliche bzw. codierte Angabe der Diagnosen verursachte bei den GKK einen hohen Verwaltungsaufwand und erforderte teilweise eine manuelle Nachcodierung (siehe auch [TZ 6](#)).

38.2

Der RH anerkannte, dass beide GKK an der Früherkennung von (potenziellen) Langzeitkrankenständen arbeiteten. Er kritisierte aber, dass die SGKK nicht angeben konnte, wie viele Begutachtungen bei psychischen Erkrankungen vorlagen, und bei beiden Kassen noch keine vollständig elektronische, standardisiert diagnosecodierte Meldung der Arbeitsunfähigkeit vorlag. Er wies weiters auf die unterschiedliche Dichte der Vorladungen und die unterschiedlichen Vorladekriterien hin.

Der RH empfahl der SGKK und der StGKK, die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung und deren einheitliche Codierung zu forcieren. Weiters empfahl er der SGKK und der StGKK, die Wirkung der unterschiedlichen Vorladepraxis im Arbeitsunfähigkeitsmanagement zu messen und diese im Hinblick auf eine Verbesserung der Behandlung und Verringerung des Invaliditätsrisikos zu optimieren.

38.3

(1) Die SGKK bekannte sich in ihrer Stellungnahme zu einer möglichst 100%igen Umsetzung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung und deren einheitlicher Codierung. Wichtig sei die verpflichtende Einbindung der öffentlichen Krankenanstalten in diesen elektronischen Prozess.

Aufgrund der niedrigen Krankenstandsraten im Bundesland Salzburg sei die SGKK der Ansicht, dass ihre Vorladepraxis sehr wirksam und effektiv sei. Die Krankenstandsvorladung sei primär eine Kontrolle der Korrektheit der Arbeitsunfähigkeit und keine medizinische „Zweitbehandlung“. Aufgrund der zunehmenden Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung von ärztlichen Dienstposten sei österreichweit von einer Hebung

⁵⁴ Es war – basierend auf Erfahrungen des medizinischen Dienstes der SGKK – eine durchschnittliche Krankenstandsdauer für jede Diagnose nach ICD-10 vermerkt. Dauerte ein Krankenstand länger, erfolgte eine Vorladung.

der Betreuungsqualität im ärztlichen Dienst nicht auszugehen. Die Richtigkeit der Codierung hänge auch von der Betreuungsdichte durch Fachärztinnen bzw. Fachärzte ab. Je besser die fachärztliche Versorgung sei, desto präziser seien auch die Diagnostik und Begründung für die Art und Dauer eines Krankenstands.

(2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde auch zukünftig bestrebt sein, im Arbeitsunfähigkeitsmanagement Möglichkeiten von Verbesserungen auszuschöpfen, sei hier aber sehr stark von der Kooperationsbereitschaft der Ärztekammer für Steiermark abhängig. Eine verpflichtende Nutzung der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsmeldung würde diesen Prozess beschleunigen.

Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention

39.1

(1) Die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (**TZ 9**) merkte an, dass bei später Diagnose psychischer Erkrankungen die Gefahr der Chronifizierung bestand und sah daher den Ausbau der Früherkennung vor, um rechtzeitig Hilfe anbieten zu können. Auf Basis von wissenschaftlichen Untersuchungen sollten Vorsorgeprogramme entstehen und insbesondere die Kooperation zwischen Kranken- und Pensionsversicherung verbessert werden.

(2) Der Hauptverband regelte bereits seit 2000 in seinen Rehabilitationsrichtlinien⁵⁵ Maßnahmen dazu, die er mehrfach änderte („Früherfassung“, sowie ab 2017 „Early Intervention“). Demnach hatten die GKK bestimmte für eine Rehabilitation geeignete Personen bei Krankenständen einer gewissen Dauer an die PVA zu melden. Diese bewilligte dann rasch und im Regelfall ohne weitere medizinische Begutachtung die Rehabilitation. Weiters waren seit 2011 Einladungen zu freiwilligen Beratungsgesprächen vorgesehen. Dabei war u.a. auf mögliche Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen aufmerksam zu machen.

(3) Die Regelungen führten zu Überschneidungen mit dem allgemeinen Arbeitsunfähigkeitsmanagement der GKK. Einer Auswertung des Hauptverbands zufolge waren nahezu 90 % der für eine Maßnahme einzuladenden Personen bereits zur Krankenkontrolle vorgeladen, wo ohnehin ähnliche Themen besprochen würden.

⁵⁵ „Richtlinien für die Erbringung von Leistungen im Rahmen der Rehabilitation sowie von Leistungen im Rahmen der Festigung der Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge 2005“ bzw. Vorgängerversionen

Eine im Juni 2016 vorgenommene Änderung der Richtlinien konnte erst mit einjähriger Verzögerung technisch umgesetzt werden. Bei nicht verpflichtenden Meldungen variierte die Vorgehensweise der einzelnen Krankenversicherungsträger erheblich.⁵⁶

(4) Der Evaluierungsbericht des Hauptverbands zur Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit vom Juni 2016 führte aus, dass der Ausbau der Früherkennung psychischer Erkrankungen umgesetzt worden sei und im Rahmen des Gesundheitsziels 9 (TZ 8) weiterentwickelt werde. Ein quantitatives Monitoring des Umsetzungsgrads der Ziele gab es nicht.

39.2

Der RH anerkannte die Bemühungen der Sozialversicherung zur frühzeitigen Erkennung und Intervention bei psychischen Krankenständen. Allerdings wies der RH kritisch auf Überschneidungen zwischen den Maßnahmen und dem Arbeitsunfähigkeitsmanagement, technische Verzögerungen und unterschiedliches Vorgehen der Krankenversicherungsträger hin.

Der RH empfahl dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, die Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention bei psychischen Erkrankungen zu optimieren, insbesondere durch Vermeidung von Überschneidungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsmanagement und technischen Verzögerungen sowie durch ein Benchmarking zwischen den Krankenversicherungsträgern.

39.3

(1) Die SGKK stimmte der Empfehlung zu.

(2) Die StGKK führte in ihrer Stellungnahme aus, sie werde sich auch weiterhin intensiviert der frühzeitigen Intervention bei psychischen Erkrankungen annehmen und den Hauptverband bei einem Benchmarking unterstützen.

(3) Die PVA erachtete die Empfehlung als im Wesentlichen zutreffend.

⁵⁶ Zwischen 2011 und 2016 waren psychiatrische Diagnosen nicht zwingend zur Rehabilitation zu melden, sondern es sollte ein stärker arbeitsplatzbezogenes Angebot im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz organisierten Programms „fit2work“ erfolgen. Meldungen zur Rehabilitation waren jedoch trotzdem möglich. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Meldungen lag zwischen 0 % in Vorarlberg und rd. 25 % in Oberösterreich, bei der StGKK lag er bei 3 %, bei der SGKK bei 0,6 %.

Zuordnung der Steuerungsverantwortung

40.1 (1) Die Gesundheitsreform 2012 hatte vorgegeben, dass die Versorgung jeweils am „best point of service“ erfolgen sollte. Im Handlungsbereich „Gemeinsame Verantwortung“ enthielt die Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit (TZ 9) die Ziele, geschlossene Versorgungsketten zu entwickeln, Modelle integrierter Versorgung zu implementieren und ein Case Management für Betroffene aufzubauen. Dadurch sollte eine optimierte Patientenbetreuung von der Versorgung in Krankenanstalten über Rehabilitation, multiprofessionelle Angebote und gemeindenaher Psychosoziale Dienste erreicht werden.

(2) Sowohl in Salzburg als auch in der Steiermark blieb jedoch unklar, wer die Versorgung im Einzelfall steuern sollte (Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner, Psychosoziale Dienste, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte oder Spitalsambulanzen). Einzelne Leistungsarten, insbesondere Psychotherapie (Genehmigung der Sachleistung im Rahmen der Vereinslösung, TZ 25), Rehabilitation (Genehmigung meist durch die PVA) und gegebenenfalls Krankenhausaufnahmen (Entscheidung durch den Krankenanstaltenträger) waren nach jeweils unterschiedlichen Kriterien von den jeweils unterschiedlichen Verantwortlichen zu genehmigen. Eine terminliche Abstimmung blieb – bei teilweise erheblichen Wartezeiten (TZ 33) – meist den Patientinnen und Patienten überlassen. Eine sektorenübergreifende Gesamtverantwortung für die Patientin bzw. den Patienten hatte kein Leistungsanbieter, ebenso wenig die Möglichkeit, über die Ressourcen der anderen Anbieter zu verfügen (z.B. konnte eine Fachärztin oder ein Facharzt keine Psychotherapie bewilligen).

40.2 Der RH kritisierte, dass die Ziele einer integrierten Versorgung, einer geschlossenen Versorgungskette bzw. eines Case Managements bisher nicht umgesetzt waren. Die einzelnen Anbieter waren jeweils nur für einzelne Behandlungsschritte verantwortlich. Die einzelnen Leistungsformen (z.B. fachärztliche Behandlung, Psychotherapie, Rehabilitation) waren insbesondere von der Patientin bzw. dem Patienten selbst zu koordinieren und unterlagen jeweils unterschiedlichen Genehmigungsverfahren. Ein in sich schlüssiges, abgestimmtes Behandlungsvorgehen über die einzelnen Versorgungsformen hinweg war dadurch erschwert.

Der RH empfahl daher dem Ministerium, dem Hauptverband, der SGKK, der StGKK und der PVA, die Verantwortung zur Steuerung der Behandlung im Einzelfall klar zuzuordnen (Case Management) und eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung (integrierte Versorgung) zu ermöglichen.

40.3

(1) Das Ministerium führte aus, dass ein Case Management gesetzlich nur im Bereich des § 143b ASVG vorgesehen sei (Rehabilitationsgeld), aber nichts dagegen spreche, dass die Sozialversicherungsträger eine entsprechende Betreuungsplanung vornehmen würden. Dies müsse jedoch von diesen im Rahmen der Selbstverwaltung erfolgen; dem Ministerium komme dahingehend nur begrenzte Einflussmöglichkeit zu.

(2) Der Hauptverband verwies in seiner Stellungnahme auf das Case Management bei Langzeitkrankenständen.

(3) Die SGKK stimmte einer verbesserten Koordination und Abstimmung der einzelnen Leistungsangebote und Zuständigkeiten zu. Dazu sei jedoch zwingend auch die damit verbundene Verlagerung von Finanzaufwendungen („Geld folgt Leistung“) zu regeln. Ein mögliches Hindernis stelle die gesetzlich gewollte Wahlfreiheit dar, weshalb zur wirksamen Umsetzung einer Patientensteuerung entsprechende gesetzliche Maßnahmen unbedingt notwendig seien.

(4) Die StGKK führte aus, sie unterstütze eine verbesserte Steuerung für diesen Personenkreis in Abstimmung mit sämtlichen Stakeholdern, wobei die Finanzierung dafür geregelt werden müsse. Eine Voraussetzung zu einer geplanten Patientensteuerung im Sinne eines Case Managements sei jedenfalls die freiwillige Mitwirkung der betroffenen Personengruppe.

(5) Die PVA führte an, sie arbeite im Rahmen der Ergebnisse der Effizienzstudie mit anderen Sozialversicherungsträgern (WGKK, OÖGKK, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter) an der Entwicklung eines integrierten Betreuungspfades. Weiters werde ein Assessment entwickelt, um bei Patientinnen und Patienten, die einen Rehabilitationsantrag bei psychischer Erkrankung gestellt hätten, gezielte Maßnahmen treffen zu können. Bei nicht rehabilitationsfähigen Patientinnen und Patienten solle insbesondere ein rascher Zugang zu psychiatrischer Betreuung ermöglicht werden.

40.4

Der RH entgegnete dem Ministerium, dass eine klare Zuordnung der Verantwortung zur Steuerung der Behandlung im Einzelfall zwar im Rahmen der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger z.B. durch Gestaltung der Verträge mit den einzelnen Leistungsanbietenden begonnen werden könnte. Gerade im Hinblick auf Spitalsaufenthalte oder die Psychosozialen Dienste war jedoch auch eine rechtsträgerübergreifende Koordinierung notwendig. Dies erforderte eine Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Rahmen der Zielsteuerung Gesundheit bzw. bei der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen, worin sich das Ministerium einbringen könnte.

Schlussempfehlungen

41 Zusammenfassend empfahl der RH:

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
Salzburger Gebietskrankenkasse;
Steiermärkische Gebietskrankenkasse;
Pensionsversicherungsanstalt**

- (1) Es wäre gemeinsam mit den Ländern eine sektorenübergreifende Strategie zur psychischen Gesundheit zu entwickeln; dieser wären klare Wirkmechanismen zugrunde zu legen und sowohl die Behandlungsaufwendungen als auch die Krankheitsfolgen zu berücksichtigen. (TZ 2)
- (2) Es wären gesicherte Datengrundlagen (Epidemiologie, Diagnosen, in Anspruch genommene Leistungen, Wirkung der Behandlung) zur psychischen Gesundheit zu schaffen. (TZ 6, TZ 16)
- (3) Es wäre eine Stelle festzulegen, die verfügbare Daten sektorenübergreifend zusammenfasst und daraus Handlungsempfehlungen ableitet. (TZ 6)
- (4) Es wäre der psychischen Gesundheit in den Zielsteuerungsverträgen, dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit und den Regionalen Strukturplänen Gesundheit eine größere Bedeutung zuzuordnen. (TZ 8)
- (5) Es wären die strategischen Ziele umsetzungsnäher und wirkungsorientiert zu gestalten, die Planungsinstrumente (Zielsteuerungsverträge, Österreichischer Strukturplan Gesundheit und Regionale Strukturpläne Gesundheit) stärker auf diese Ziele auszurichten und zu überprüfen, ob die Gesundheitsplanung diesen Zielen entspricht. (TZ 8)
- (6) Es wäre der Bedarf von einzelnen Patientengruppen zu erheben und in der Angebotsplanung zu berücksichtigen. (TZ 11)
- (7) Es wäre auf eine Klärung hinzuwirken, unter welchen Umständen psychiatrische Rehabilitation für Pensionistinnen und Pensionisten erbracht werden soll und welcher Sozialversicherungsträger dafür zuständig sein soll. (TZ 30)
- (8) Es wäre darauf hinzuwirken, dass ambulante Rehabilitationsmaßnahmen künftig nach sachlichen Kriterien unter Gleichbehandlung aller Anspruchsberechtigten gewährt werden. (TZ 31)

- (9) Es wären die unterschiedliche Inanspruchnahme der psychiatrischen Rehabilitation in Salzburg und in der Steiermark zu analysieren und Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung zu erarbeiten. (TZ 32)
- (10) Es wäre sicherzustellen, dass der künftige Ausbau des Rehabilitationsangebots im Rahmen einer bedarfsgerechten Steuerung erfolgt. (TZ 33)
- (11) Es wäre auf eine Aktualisierung der Strategie der österreichischen Sozialversicherung zur psychischen Gesundheit hinsichtlich der psychiatrischen Rehabilitation (Zuständigkeit, ambulante Rehabilitation) hinzuwirken. (TZ 35)
- (12) Es wären die Ursachen der unterschiedlichen Häufigkeit der Krankenstände aufgrund psychischer Erkrankungen näher zu analysieren und entsprechende Gegenmaßnahmen zu setzen. (TZ 37)
- (13) Die Maßnahmen zur frühzeitigen Intervention bei psychischen Erkrankungen wären zu optimieren, insbesondere durch Vermeidung von Überschneidungen mit dem Arbeitsunfähigkeitsmanagement und technischen Verzögerungen sowie durch ein Benchmarking zwischen den Krankenversicherungsträgern. (TZ 39)
- (14) Die Verantwortung zur Steuerung der Behandlung im Einzelfall wäre klar zuzuordnen (Case Management) und eine sektorenübergreifende Behandlungsplanung (integrierte Versorgung) zu ermöglichen. (TZ 40)

**Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz;
Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger;
Salzburger Gebietskrankenkasse;
Steiermärkische Gebietskrankenkasse**

- (15) Bei der nächsten Planung zum Österreichischen Strukturplan Gesundheit für die ambulante psychiatrische Versorgung wären die Richtwerte auf Basis von epidemiologischen Grundlagen und Wirkungsmodellen zu ermitteln, eine genauere Sollvorgabe zu definieren und eine valide Erfassung und Darstellung des bestehenden Versorgungsangebots sicherzustellen. (TZ 14)
- (16) Für die fachärztliche Versorgung im psychiatrischen Bereich wären klare Versorgungsaufträge zu definieren. (TZ 16)
- (17) Es wäre die Qualifikation der Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner im Bereich der psychischen Gesundheit zu erhöhen. (TZ 19)

- (18) Es wäre auf eine gesetzliche Neuregelung der Psychotherapie als Krankenbehandlung unter Berücksichtigung von spezifischen Qualifikationsanforderungen, eines breit gestreuten Angebots, einer bedarfsorientierten Steuerung und der Inanspruchnahme von Wahlleistungen hinzuwirken. (TZ 22, TZ 23)
- (19) Es wären eine Bedarfseinschätzung zur Psychotherapie zu erstellen und eine bedarfsgerechte Versorgungsdichte in allen Bundesländern anzustreben. (TZ 24)
- (20) Im Bereich Psychotherapie wären für die gleiche Leistung unabhängig von den Anbietenden vergleichbare Selbstbehalte und Anspruchsvoraussetzungen zu schaffen. (TZ 26)
- (21) Zur besseren Versorgungsplanung wäre darauf hinzuwirken, dass auch Medikamente unterhalb der Rezeptgebühr erfasst werden. (TZ 28)
- (22) Die weitere Strategie der Sozialversicherung im Bereich der Psychopharmaka wäre insbesondere hinsichtlich der Einmalverschreibungen sowie der Geschlechts- und Bundesländerunterschiede zu klären. (TZ 29)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz; Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

- (23) Im Hinblick auf die nächsten Regionalen Strukturpläne Gesundheit wären die verschiedenen Versorgungsmodelle der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den einzelnen Bundesländern zu evaluieren, um Best-Practice-Beispiele umsetzen zu können. (TZ 20)

Salzburger Gebietskrankenkasse; Steiermärkische Gebietskrankenkasse

- (24) Die dargestellten Auffälligkeiten bei stationären Patientinnen und Patienten mit Langzeitaufenthalten sowie in den Bereichen Alkohol, Demenz und Essstörungen wären für eine detaillierte Analyse der Spitalsversorgung zu nutzen und dabei die Bedeutung der stationären Behandlung im Vergleich zu alternativen Versorgungsangeboten zu überprüfen. (TZ 12)
- (25) Gemeinsam mit den Ländern Salzburg und Steiermark wären die vorgesehenen Versorgungsstrukturen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie zügig umzusetzen. (TZ 20)

- (26) Beim Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie wären die notwendigen Rahmenbedingungen im Sinne der Nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit (z.B. Diagnosecodierung, Wirkungsmessung) sicherzustellen. (TZ 20)
- (27) Gemeinsam mit dem jeweiligen Land wären eine klare Abgrenzung bzw. Kooperation zwischen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie den Psychosozialen Diensten zu definieren, ein wechselseitiger Datenaustausch unter Beachtung von datenschutzrechtlichen Vorgaben zu regeln und die medizinischen Maßnahmen und Interventionen zur Wohn-, Familien- und Arbeitsmarktsituation besser abzustimmen. (TZ 21)
- (28) Die Datengrundlagen und –auswertungen zur psychiatrischen Rehabilitation wären zu verbessern. (TZ 32)
- (29) Es wären die elektronische Arbeitsunfähigkeitsmeldung und deren einheitliche Codierung zu forcieren. Die Wirkung der unterschiedlichen Vorladepraxis wäre zu messen und diese im Hinblick auf eine Verbesserung der Behandlung und Verringerung des Invaliditätsrisikos zu optimieren. (TZ 38)

Salzburger Gebietskrankenkasse

- (30) Es wäre auf die zeitnahe Erstellung eines Regionalen Strukturplans Gesundheit mit Planungsinhalten für den ambulanten Bereich hinzuwirken. (TZ 8)

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

- (31) Bei der Weiterentwicklung des Regionalen Strukturplans Gesundheit wären verstärkt der ambulante Bereich und die psychische Gesundheit zu berücksichtigen. (TZ 8)
- (32) Die regionale Verteilung der psychiatrischen Versorgung wäre insbesondere in den Versorgungsregionen „westliche Obersteiermark“ und Liezen im Rahmen der Stellenplanung zu berücksichtigen. (TZ 15)
- (33) Die Tarifpositionen für die fachärztliche Versorgung im psychiatrischen Bereich wären auf Basis von Zeitschätzungen zu kalkulieren, eine ausreichende Differenzierung der Leistungen sicherzustellen und verbindliche Versorgungsziele festzulegen. (TZ 17)
- (34) Die den Vereinen überlassene Entscheidung über psychotherapeutische Sachleistungen wäre besser zu steuern. (TZ 25)

Pensionsversicherungsanstalt

- (35) Es wäre sicherzustellen, dass keine unterschiedlichen Bewilligungspraxen für Invaliditätspensionen bzw. Rehabilitationsgeld vorliegen, mit den Systempartnern (Ländern, Gebietskrankenkassen) wären mögliche Ursachen der unterschiedlichen Inanspruchnahme zu analysieren sowie gemeinsam Gegenmaßnahmen zu setzen. (TZ 4)

Anhang

Ergebnisse der RH-Analyse

Invaliditätspensionen

(1) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Fallzahlen für Invaliditätspensionen (TZ 3, TZ 4):

Tabelle A: Anzahl der Invaliditätspensionen (insgesamt und aufgrund psychischer Erkrankung), 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	Anzahl Fälle					in %
Pensionsversicherungsanstalt gesamt	180.026	177.561	161.989	147.254	143.227	-20
<i>davon</i>						
<i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	67.371	69.204	61.998	56.217	56.804	-16
	in %					
Anteil psychische Erkrankungen	37	39	38	38	40	
	Anzahl Fälle					
Steiermark gesamt	33.075	33.496	30.640	27.496	26.996	-18
<i>davon</i>						
<i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	14.364	15.393	14.079	12.590	12.923	-10
	in %					
Anteil psychische Erkrankungen	43	46	46	46	48	
	Anzahl Fälle					
Salzburg gesamt	9.433	9.149	8.233	7.365	7.192	-24
<i>davon</i>						
<i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	2.994	3.008	2.577	2.297	2.437	-19
	in %					
Anteil psychische Erkrankungen	32	33	31	31	34	

Quellen: PVA; RH

Die Tabelle zeigt insbesondere die unterschiedlichen Anteile der Personen in Invaliditätspension mit psychischen Erkrankungen in Salzburg und der Steiermark sowie eine sinkende Tendenz der Fallzahlen bis 2016 (ohne Berücksichtigung des Rehabilitationsgeldes).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die unterschiedlichen psychischen Diagnosen bei Neuzugängen zur Invaliditätspension im Jahr 2016 (TZ 4):

Tabelle B: Psychische Erkrankungen bei Neuzugängen zur Invaliditätspension 2016 nach ICD-10-Diagnosegruppen

Diagnosegruppe nach ICD-10	gesamt		Frauen		Männer	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
F0 – Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	301	5	95	3	206	7
F1 – Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	656	11	149	5	507	16
F2 – Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	833	14	336	12	497	16
F3 – Affektive Störungen	2.596	43	1.462	51	1.134	36
F4 – Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	1.078	18	579	20	499	16
F5 – Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	31	1	26	1	5	0
F6 – Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	367	6	184	6	183	6
F7 – Intelligenzminderung	129	2	51	2	78	3
F8 – Entwicklungsstörungen	7	0	0	0	7	0
F9 – Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn der Kindheit und Jugend	4	0	1	0	3	0
Summe	6.002	100	2.883	100	3.119	100

Quellen: PVA; RH

(3) Die folgende Tabelle zeigt den hohen Anteil der Personen mit psychischen Erkrankungen im Bereich des Rehabilitationsgeldes (**TZ 3, TZ 4**):

Tabelle C: Anzahl der Personen mit Rehabilitationsgeldbezug aufgrund psychischer Erkrankungen, 2014 bis 2016

	2014	2015	2016	Veränderung 2014 bis 2016
	Anzahl			in %
Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld – gesamt	11.187	18.546	19.508	74
<i>davon</i> <i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	7.947	13.465	14.058	77
	in %			
Anteil psychische Erkrankungen	71	73	72	
	Anzahl			
Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld – Steiermark	2.479	4.418	4.568	84
<i>davon</i> <i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	1.925	3.571	3.720	93
	in %			
Anteil psychische Erkrankungen	78	81	81	
	Anzahl			
Bezieherinnen und Bezieher von Rehabilitationsgeld – Salzburg	765	1.122	1.036	35
<i>davon</i> <i>aufgrund psychischer Erkrankungen</i>	528	798	734	39
	in %			
Anteil psychische Erkrankungen	69	71	71	

Anmerkung: jeweils Stand Dezember

Quellen: PVA; RH

Überblick über die Versorgung

Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Kosten der Versorgung auf einzelne Leistungsbereiche (TZ 10). Die durchschnittlichen Kosten werden einerseits auf Anspruchsberechtigte heruntergebrochen (dies ist unter der Annahme, dass die Krankheiten grundsätzlich gleich verteilt sind, die maßgebliche Kennzahl), andererseits auf die Personen in der Prävalenzgruppe (dies ist unter der Annahme, dass die Heilmittelverschreibungen die tatsächliche Erkrankungslage widerspiegeln, die relevante Kennzahl).

Tabelle D: Kosten der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen im Vergleich 2015

	Kosten je Anspruchsberechtigte/n				Kosten je Person in der Prävalenzgruppe			
	Salzburg	Steiermark	Unterschied		Salzburg	Steiermark	Unterschied	
	in EUR		in %		in EUR		in %	
Spital	172	157	15	9	1.493	1.217	276	19
Psychosoziale Dienste	4	16	-12	-313	33	121	-88	-269
Antidepressiva	10	13	-3	-26	87	97	-11	-12
Antipsychotika	10	13	-3	-25	89	99	-10	-11
Psychotherapie	16	8	8	48	140	65	76	54
Fachärztinnen und Fachärzte	16	8	8	49	140	64	77	55
Allgemeinmedizin	6	9	-3	-47	50	66	-16	-31
Rehabilitation	5	11	-5	-104	45	82	-37	-82
Summe Behandlung	240	234	5	2	2.078	1.811	267	13
Invaliditätspension	68	190	-121	-178	591	1.466	-874	-148
Rehabilitationsgeld	20	44	-24	-116	178	342	-164	-93
Krankengeld	21	13	7	35	181	104	77	42
Summe Folgekosten	109	247	-138	-126	950	1.912	-962	-101
Gesamtsumme	349	481	-132	-38	3.028	3.723	-695	-23
<i>davon</i>								
<i>Land</i>	176	173	3	2	1.526	1.338	188	12
<i>GKK</i>	79	64	15	19	688	496	192	28
<i>PVA</i>	94	244	-150	-160	814	1.889	-1.076	-132

Quellen: SGKK; StGKK; PVA; RH

Patientengruppen

(1) Die folgende Tabelle zeigt die Verteilung der Kosten für die psychische Versorgung nach Dezilen (Dezil 0 sind jene 10 % der Personen der Prävalenzgruppe, die die geringsten Kosten verursachen; Dezil 9 sind jene 10 % der Personen, die die höchsten Kosten verursachen):

Tabelle E: Kosten nach Patientendezilen (Zweijahreszeitraum 2015 und 2016)

	Dezil 0	Dezil 1	Dezil 2	Dezil 3	Dezil 4	Dezil 5	Dezil 6	Dezil 7	Dezil 8	Dezil 9
	in %									
Salzburg										
Ärztinnen und Ärzte	0	1	2	3	4	6	11	22	26	25
Heilmittel	0	2	2	3	5	7	8	12	23	38
Krankengeld	0	0	0	0	0	0	0	1	13	85
Psychotherapie	0	0	0	0	0	0	0	2	30	68
Stationäre Versorgung	0	0	0	0	0	0	0	0	2	98
Ambulant Krankenhaus	0	0	2	1	3	5	7	17	21	45
Summe niedergelassener Bereich	0	1	1	2	2	4	5	9	21	54
Gesamtkosten	0	0	0	0	1	1	1	3	9	85
Steiermark										
Ärzte	0	1	3	4	5	7	12	21	25	22
Heilmittel	0	1	2	3	5	6	8	11	26	36
Krankengeld	0	0	0	0	0	0	0	1	17	82
Psychotherapie	0	0	0	0	0	1	2	5	29	62
Stationär	0	0	0	0	0	0	0	0	1	99
Ambulant Krankenhaus	0	0	1	1	2	3	5	10	22	56
Summe niedergelassener Bereich	0	1	2	2	3	5	7	11	24	46
Gesamtkosten	0	0	0	1	1	1	2	3	8	85

Quellen: SGKK; StGKK; RH

Die Tabelle zeigt, dass rd. 85 % der Kosten im obersten Dezil entstehen, die Kostenverteilung jedoch je nach Ausgabenart durchaus unterschiedlich ist (TZ 11).

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Kostenverteilung nach Altersgruppen. Sie lässt erkennen, dass unter Kostengesichtspunkten sowohl absolut als auch hinsichtlich der Unterschiede zwischen den Bundesländern die Personen zwischen 20 und 60 Jahren von besonderem Interesse sind (TZ 11).

Tabelle F: Kostenverteilung nach Altersgruppen 2015 und 2016

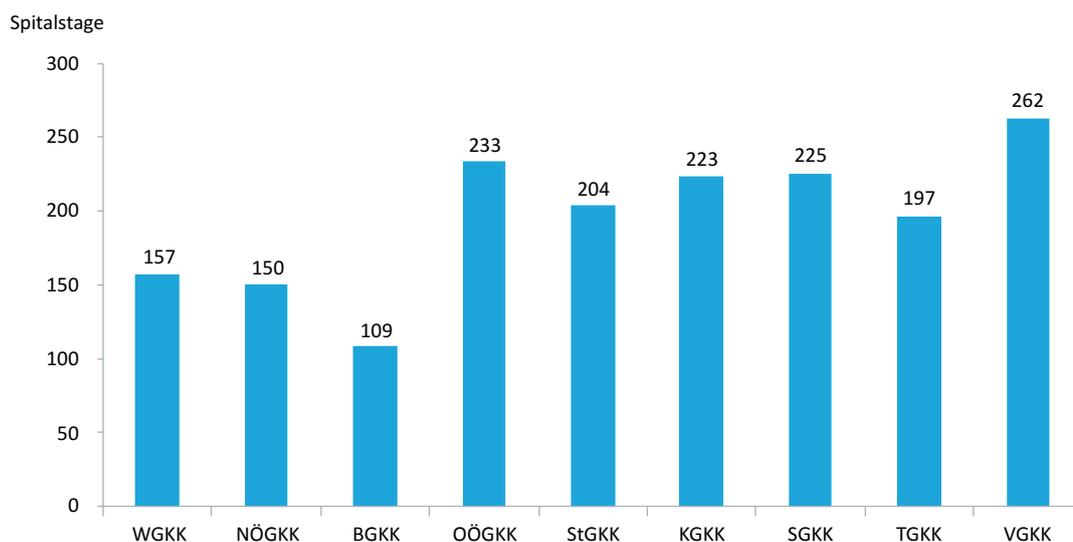
Alter	Salzburg				Steiermark			
	Personen	Kosten (Mittelwert pro Person)	Kosten je Anspruchs- berechtigte/n	Gesamt- kosten	Personen	Kosten (Mittelwert pro Person)	Kosten je Anspruchs- berechtigte/n	Gesamt- kosten
in Jahren	Anzahl	in EUR			Anzahl	in EUR		
null bis 10	60	4.941	1	296.440	162	3.263	1	528.599
10 bis 20	1.329	6.665	19	8.858.071	2.208	7.514	18	16.591.504
20 bis 30	3.904	5.706	49	22.277.457	7.650	4.578	37	35.023.006
30 bis 40	5.737	5.002	63	28.695.410	11.596	4.236	52	49.120.378
40 bis 50	8.649	4.457	84	38.548.301	18.202	3.943	76	71.768.376
50 bis 60	10.685	3.899	91	41.664.220	25.828	3.000	82	77.487.542
60 bis 70	8.358	1.541	28	12.883.631	19.047	1.608	32	30.633.032
70 bis 80	7.978	1.446	25	11.535.974	19.153	1.270	26	24.331.791
80 bis 90	4.810	1.490	16	7.167.781	14.080	1.036	15	14.580.804
90 bis 100	1.160	1.513	4	1.755.289	3.955	725	3	2.867.640
darüber			–		83	201	–	16.665
gesamt	52.670	3.298	380	173.682.574	121.964	2.648	342	322.949.335

Quellen: SGKK; StGKK; RH

Spital

(1) Bundesländerunterschiede: Die folgende Darstellung zeigt die Anzahl der Spitalstage je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten mit Hauptdiagnosen aus dem psychiatrischen Bereich nach den jeweiligen GKK im Jahr 2015 (TZ 12):

Abbildung A: Spitalstage je 1.000 Anspruchsberechtigte nach zuständiger GKK wegen psychischen Diagnosen



WGKK = Wiener Gebietskrankenkasse

NÖGKK = Niederösterreichische Gebietskrankenkasse

BGKK = Burgenländische Gebietskrankenkasse

OÖGKK = Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

StGGK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

KGKK = Kärntner Gebietskrankenkasse

SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse

TGKK = Tiroler Gebietskrankenkasse

VGKK = Vorarlberger Gebietskrankenkasse

Quelle: DIAG

Die Abbildung zeigt, dass zwischen den Bundesländern teilweise erhebliche Unterschiede bestanden. Der Unterschied zwischen der Steiermark (204 Tage je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten) und Salzburg (225 Tage je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten) ist – trotz der erheblichen finanziellen Bedeutung für diese beiden Bundesländer – im Vergleich relativ klein (die Bandbreite reichte von 109 Tagen je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten bei der Burgenländischen Gebietskrankenkasse, bis zu 262 Tagen bei der Vorarlberger Gebietskrankenkasse. Die Zahl der Spitalstage auf psychiatrischen Abteilungen war praktisch gleich (175 bzw. 173 Tage je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten), es bestanden jedoch Unterschiede in den Abteilungen Neurologie, Kinder- und Jugendheilkunde und Innere Medizin. Es ist nicht auszuschließen, dass unterschiedliche Codierungsusancen die Auswertung verzerren.

(2) Bedeutung von Patientinnen und Patienten mit besonders vielen Spitalstagen: Die folgende Tabelle zeigt für die Jahre 2015 und 2016, dass ein erheblicher Anteil des Unterschieds in der Anzahl der Spitalstage zwischen der SGKK und der StGKK auf Patientinnen und Patienten mit Langzeitaufenthalten entfällt (**TZ 12**):

Tabelle G: Verteilung der Spitalstage nach Anzahl der im Betrachtungszeitraum im Krankenhaus verbrachten Tage

	Salzburg		Steiermark	
	Spitalstage	Patientinnen und Patienten	Spitalstage	Patientinnen und Patienten
alle Patientinnen bzw. Patienten im Krankenhaus				
Spitalstage bzw. Patientinnen und Patienten	179.241	4.690	340.570	10.380
Spitalstage je Anspruchsberechtigte/n	0,40		0,36	
Spitalstage je Patientin bzw. Patient	38		33	
Patientinnen bzw. Patienten über 150 Tage im Krankenhaus				
Spitalstage bzw. Patientinnen und Patienten	41.999	173	46.439	227
Anteil (an Spitalstagen bzw. Patientinnen und Patienten)	23 %	4 %	14 %	2 %
Spitalstage je Patientin bzw. Patient	243		205	
Patientinnen bzw. Patienten unter 150 Tage im Krankenhaus				
Spitalstage Patientinnen und Patienten	137.242	4.517	294.131	10.153
Spitalstage je Anspruchsberechtigte/n	0,31		0,31	
Spitalstage je Patientin bzw. Patient	30		29	

Quelle: DIAG

Der Unterschied bei allen stationären Patientinnen bzw. Patienten lag zwischen 0,40 (SGKK) zu 0,36 Spitalstagen (StGKK) je Anspruchsberechtigte bzw. Anspruchsberechtigten (10 % Differenz). Während bei der SGKK rd. 23 % der Spitalstage auf Personen entfielen, die über 150 Tage in zwei Jahren im Spital verbrachten, war dieser Anteil bei der StGKK nur 14 %. Somit verblieb bei Patientinnen und Patienten, die weniger als 150 Tage in zwei Jahren im Spital verbrachten, nur ein Unterschied von rd. 1 %.

Ärztinnen und Ärzte

(1) Die folgende Tabelle dient – nach Bezugnahme auf die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte bzw. Anspruchsberechtigten – als Grundlage für die Aussagen im Textteil unter (TZ 13, TZ 14, TZ 15, TZ 16):

Tabelle H: Kenndaten fachärztliche Versorgung im Bereich Psychiatrie in Salzburg und in der Steiermark 2016

	Fälle	Patientinnen bzw. Patienten	Abgerechnete Beträge	Ärztinnen bzw. Ärzte
	Anzahl		EUR	Anzahl
Salzburg				
Psychiaterinnen bzw. Psychiater				
mit Kassenvertrag	15.493	6.522	2.381.821	14
ohne Kassenvertrag	8.420	4.083	1.329.662	110
Summe	23.913	10.605	3.711.483	124
Neurologinnen bzw. Neurologen				
mit Kassenvertrag	20.645	13.430	2.644.363	9
ohne Kassenvertrag	4.399	3.203	301.505	68
Summe	25.044	16.633	2.945.869	77
gesamt (Psychiatrie und Neurologie)				
mit Kassenvertrag	36.138	19.952	5.026.184	23
ohne Kassenvertrag	12.819	7.286	1.631.167	178
Summe	48.957	27.238	6.657.351	201
Steiermark				
Psychiaterinnen bzw. Psychiater				
mit Kassenvertrag	15.319	7.092	1.529.680	5
ohne Kassenvertrag	8.802	3.123	430.134	106
Summe	24.121	10.215	1.959.814	111
Neurologinnen bzw. Neurologen				
mit Kassenvertrag	6.733	5.526	228.294	2
ohne Kassenvertrag	5.189	3.382	103.508	52
Summe	11.922	8.908	331.802	54
Doppelfach				
mit Kassenvertrag	75.384	44.260	4.584.666	21
ohne Kassenvertrag	11.010	4.587	410.794	103
Summe	86.394	48.847	4.995.460	124
gesamt				
mit Kassenvertrag	97.436	56.878	6.342.640	28
ohne Kassenvertrag	25.001	11.092	944.436	261
Summe	122.437	67.970	7.287.076	289

Quellen: SGKK; StGKK; RH

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Vertragsärztinnen bzw. Vertragsärzte bei der SGKK bzw. der StGKK (**TZ 13, TZ 14, TZ 15, TZ 16**):

Tabelle I: Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Salzburg bzw. in der Steiermark

	Psychiatrie	Doppelfach	Neurologie	Kinder- und Jugendpsychiatrie	Summe
	Anzahl				
Salzburg					
IST 2016 laut GKK	14		8	1	23
PlanNeu 2017	15		9	2	26
Regiomed (2014)	6				6
Ärztkostenstatistik des Hauptverbands	14		8	1	23
Steiermark					
IST 2016 laut GKK	5	21	2		28
PlanNeu 2017 (bis 2032)	18		15		33
Regiomed (2014)	19				19
Ärztkostenstatistik des Hauptverbands	5	21	2		28

GKK = Gebietskrankenkasse

Quellen: Hauptverband; SGKK; StGKK

(3) Die folgende Tabelle zeigt die Ergebnisse des „Regiomed“ des Jahres 2014 für Salzburg und die Steiermark (**TZ 14**):

Tabelle J: Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten Psychiatrie 2014 laut „Regiomed“

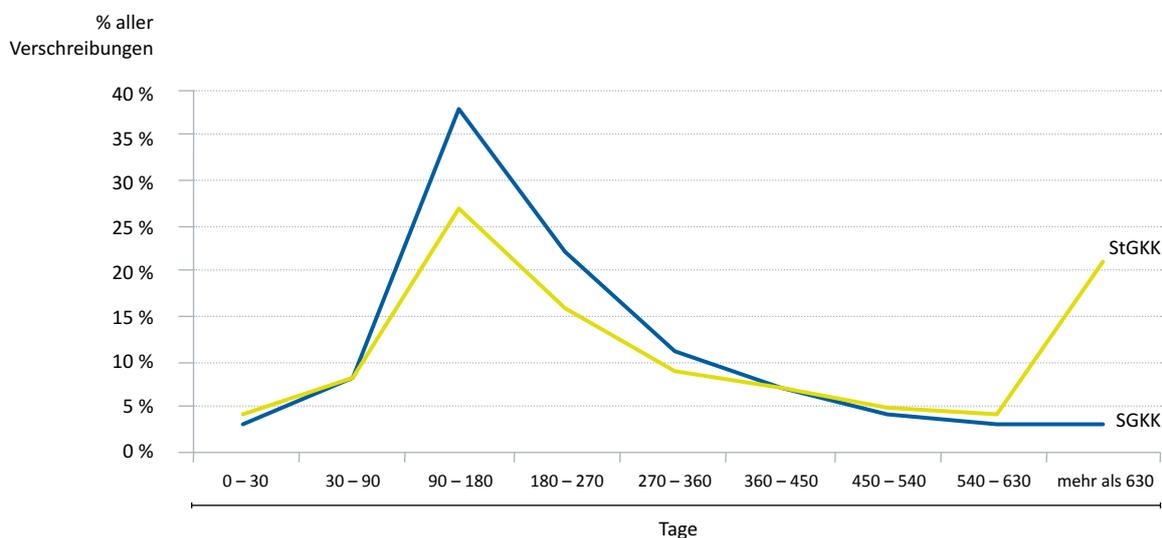
Versorgungsregion	mit Kassenvertrag	ohne Kassenvertrag	Spitalsambulanzen	Eigene Einrichtungen	Institute	Summe	je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner	Abweichung zu Richtwertbandbreite (2,4 – 4,4)
Anzahl ärztliche ambulante Versorgungseinheiten								
Österreich	132,6	41,9	107,7	4,2	3,0	289,5	3,4	0,0
Salzburg	6,0	7,3	6,6	0,0	0,0	19,9	3,7	0,0
51 – Salzburg–Nord	3,7	7,0	5,4	0,0	0,0	16,1	4,4	0,0
52 – Pinzgau–Pongau–Lungau	2,2	0,4	1,2	0,0	0,0	3,8	2,2	-0,2
Steiermark	19,2	2,7	16,0	1,4	0,0	39,3	3,2	0,0
61 – Graz	8,6	2,0	9,7	1,4	0,0	21,7	4,8	0,4
62 – Liezen	1,2	0,2	0,0	0,0	0,0	1,4	1,8	-0,6
63 – Östliche Obersteiermark	3,7	0,0	6,3	0,0	0,0	10,1	5,8	1,4
64 – Oststeiermark	2,9	0,3	0,0	0,0	0,0	3,3	1,3	-1,1
65 – West- und Südsteiermark	2,7	0,2	0,0	0,0	0,0	2,8	1,6	-0,7
66 – Westliche Obersteiermark	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-2,4

Quellen: Hauptverband; RH

Heilmittel

Für die folgende Auswertung untersuchte der RH, wie lange eine zusammenhängende Heilmittelverschreibung von Psychopharmaka pro Person dauerte. Er nahm dabei an, dass bei weniger als 90 Tagen zwischen zwei Heilmittelverordnungen des gleichen Medikaments eine zusammenhängende Verschreibung vorlag. Im Anschluss wertete der RH aus, wie viele Verschreibungen in den in der Grafik angegebenen Zeiträumen in Tagen lagen und skalierte diese Werte als Prozent aller Psychopharmaka – Verschreibungen.

Abbildung B: Heilmittelverschreibungen nach Dauer



Quellen: SGKK; StGKK; RH

Das Ergebnis zeigt, dass in Salzburg mehr kurze Verschreibungen und in der Steiermark mehr Langzeitverschreibungen vorlagen. Es zeigt weiters, dass rd. 11 % bis 12 % der Verschreibungen weniger als 90 Tage dauerten (TZ 29).

Rehabilitation

Die folgende Tabelle zeigt die Anzahl der Fälle der PVA für medizinische Rehabilitation (TZ 32):

Tabelle K: Anzahl der von der PVA durchgeführten psychiatrischen Rehabilitationen 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
	Anzahl					in %
Psychiatrische Rehabilitationen – Pensionsversicherungsanstalt österreichweit						
<i>davon stationär</i>	7.110	7.470	7.923	8.262	10.298	45
<i>ambulant</i>	802	766	977	1.454	1.953	144
Summe	7.912	8.236	8.900	9.716	12.251	55
Psychiatrische Rehabilitationen – Steiermark						
<i>davon stationär</i>	1.071	1.193	1.198	1.341	1.850	73
<i>ambulant</i>	–	–	–	69	346	–
Summe Steiermark	1.071	1.193	1.198	1.410	2.196	105
Psychiatrische Rehabilitationen – Salzburg						
<i>davon stationär</i>	227	232	284	246	337	49
<i>ambulant</i>	–	–	–	137	229	–
Summe Salzburg	227	232	284	383	566	149

Quellen: PVA; RH

Arbeitsunfähigkeit

(1) Die folgende Tabelle zeigt den Anstieg der Krankenstandstage für Erwerbstätige in Österreich aus psychischen Gründen zwischen 1995 und 2016 (**TZ 37**):

Tabelle L: Krankenstandstage 1995, 2007 und 2016 nach Diagnosen

	1995	2007	2016
	in Tagen		
gesamt	40.280.958	36.485.062	40.458.342
psychische Diagnosen	1.075.698	1.918.016	3.715.642
andere Diagnosen	39.205.260	34.567.046	36.742.700
	in %		
psychische Diagnosen	9	5	3

Quelle: Hauptverband

(2) Die folgende Tabelle zeigt die Entwicklung der Krankenstände allgemein bzw. aus psychischen Gründen bei der SGKK und der StGKK zwischen 2012 und 2016.

Tabelle M: Anzahl sowie Dauer der Krankenstände in der SGKK und StGKK, 2012 bis 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	Veränderung 2012 bis 2016
Anzahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle						
	Anzahl					in %
SGKK – gesamt	208.670	223.243	214.623	231.483	240.552	15
<i>davon</i>						
<i>psychisch bedingt</i>	9.492	9.322	9.593	9.454	9.920	5
	in %					
Anteil der psychisch bedingten Fälle	5	4	5	4	4	
	Anzahl					
StGKK – gesamt	520.521	528.894	510.663	544.308	549.019	6
<i>davon</i>						
<i>psychisch bedingt</i>	14.713	14.809	15.026	14.976	15.804	7
	in %					
Anteil der psychisch bedingten Fälle	3	3	3	3	3	
durchschnittliche Dauer pro Fall						
	in Tagen					in %
SGKK – gesamt	12,4	12,1	12,1	11,5	11,4	-8
<i>davon</i>						
<i>psychisch bedingt</i>	40,1	43,3	43,2	42,9	42,3	5
StGKK – gesamt	11,8	11,6	11,7	11,5	11,7	-1
<i>davon</i>						
<i>psychisch bedingt</i>	36,5	37,2	37,6	40,1	41,0	12

SGKK = Salzburger Gebietskrankenkasse
StGKK = Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Anmerkung: Die Fälle bzw. Gesamttage wurden entsprechend dem letzten Tag der Arbeitsunfähigkeit dem jeweiligen Jahr zugeordnet. Die „psychiatrischen Fälle“ umfassen die Diagnosegruppen F sowie Z 73 und Z 76 gemäß ICD-10. Aufgrund der Untererfassung von kurzen Krankenstandsepisoden (ein bis drei Tage) liegt die tatsächliche Krankenstandsquote etwas höher als aus der Statistik hervorgeht. Seit 2014 sind Zeiten des Rehabilitationsgeldbezugs in den Statistiken zur Arbeitsunfähigkeit enthalten.

Quellen: SGKK, StGKK; Darstellung RH

Ersichtlich ist, dass sowohl bei der SGKK als auch bei der StGKK die Anzahl der Krankenstandsfälle insgesamt sowie bei psychischen Erkrankungen stiegen. Der Anteil der psychisch bedingten Fälle ist jedoch bei der SGKK höher als bei der StGKK. Die durchschnittliche Dauer von Krankenständen aus psychischen Gründen ist deutlich länger als im Durchschnitt.



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im März 2019

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

R
—
H

