



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter

Projekt „Psychische Gesundheit“

Abschlussbericht

Wien/Salzburg, Juni 2011



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Inhaltsverzeichnis | 2 |
| 1 Einleitung | 5 |
| 2 Medikamente | 7 |
| 2.1 Zentrale Ergebnisse | 7 |
| 2.2 Psychopharmaka–Verbrauch Allgemein | 8 |
| 2.3 Psychopharmaka–Verbrauch nach Gruppen | 9 |
| 2.3.1 Antidepressiva: Patienten & Verordnungen | 9 |
| 2.3.2 Antipsychotika: Patienten & Verordnungen | 10 |
| 2.3.3 Tranquilizer: Patienten & Verordnungen | 10 |
| 2.3.4 Antidementiva: Patienten & Verordnungen | 11 |
| 2.4 Psychopharmakaverbrauch nach Altersgruppen | 12 |
| 2.4.1 Kinder bis 10 Jahre | 12 |
| 2.4.2 Jugendliche von 11 bis 20 Jahren | 13 |
| 2.4.3 Die Gruppe der Erwerbsfähigen: 21 bis 60 Jahre | 14 |
| 2.4.4 Ältere Menschen | 15 |
| 2.5 Medizinische Daten zur Verschreibung | 16 |
| 2.5.1 Erstverschreibung | 16 |
| 2.5.2 Dauer der Verschreibung: | 17 |
| 2.5.3 Erstverschreiber und Dauer der Verschreibung | 18 |
| 2.5.4 Patienten mit EINER Verordnung | 18 |
| 2.6 Psychopharmaka–Verbrauch in Österreich: Versuch einer Landkarte | 18 |
| 2.7 Psychopharmaka: Kosten im Detail | 19 |
| 3 Arbeitsunfähigkeit | 21 |
| 3.1 Zentrale Ergebnisse | 21 |
| 3.2 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen/ Allgemeine Darstellung | 23 |
| 3.3 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Geschlecht | 24 |
| 3.4 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Alter | 25 |
| 3.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Erwerbsstatus | 26 |
| 3.6 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen – Versuch einer Landkarte | 27 |
| 4 Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote | 28 |
| 4.1 Vorbemerkung | 28 |
| 4.2 Methodischer Ansatz | 28 |
| 4.3 Wichtige Trends | 28 |
| 4.4 Grundsätzliches zur ärztlichen Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen | 29 |
| 4.5 Fachärztliche Hilfe | 30 |
| 4.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie | 30 |
| 4.7 Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin | 31 |
| 4.8 Außerstationäre Versorgungsangebote | 31 |



| | | |
|----------|--|-----------|
| 4.8.1 | Einleitung | 31 |
| 4.8.2 | Außerstationäre Versorgungsangebote | 31 |
| 5 | Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin | 32 |
| 5.1 | Vorbemerkung | 32 |
| 5.2 | Einleitung | 32 |
| 5.3 | Ausgaben für Psychotherapie | 33 |
| 5.4 | Ausgaben für Sachleistungen | 34 |
| 5.4.1 | Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen | 34 |
| 5.4.2 | Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „Psychotherapeutische Leistungen“ | 34 |
| 5.4.3 | Zur Versorgungswirksamkeit der psychotherapeutischen Medizin | 34 |
| 5.4.4 | Kostenzuschüsse für Psychotherapie in der freien Praxis | 35 |
| 5.4.5 | Kasseneigene Einrichtungen | 35 |
| 5.4.6 | Gesamtentwicklung | 35 |
| 5.5 | Expertenmeinungen | 35 |
| 5.6 | Regionale Verteilung | 36 |
| 5.7 | Versorgungsvereine | 37 |
| 6 | Klinisch-psychologische Diagnostik | 47 |
| 6.1 | Leistungsanbieter | 47 |
| 6.2 | Versorgung und Ausgaben der Sozialversicherung | 48 |
| 6.3 | Anforderungen der Sozialversicherung an die PsychologInnen | 48 |
| 7 | Stationäre Versorgung in Krankenanstalten | 49 |
| 7.1 | Stationäre psychiatrische Versorgung | 49 |
| 7.1.1 | Allgemeinpsychiatrie | 50 |
| 7.1.2 | Kinder- und Jugendpsychiatrie | 50 |
| 7.1.3 | Abhängigkeitserkrankungen | 50 |
| 7.1.4 | Stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Abteilungen | 51 |
| 7.1.5 | Stationäre Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen | 51 |
| 7.1.6 | Stationäre Aufenthalte an nicht-psychiatrischen Abteilungen | 52 |
| 7.1.7 | Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt | 52 |
| 7.2 | Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Akutversorgung | 53 |
| 7.3 | Tagesklinische Angebote in der Psychiatrie | 53 |
| 7.3.1 | Überblick | 53 |
| 7.4 | Stationäre psychosomatische Versorgung | 54 |
| 7.4.1 | Einleitung | 54 |
| 7.4.2 | Stationäre PSO-Angebote für Erwachsene | 55 |
| 7.4.3 | Probleme der akutstationären PSO-Versorgung in den Bundesländern | 55 |
| 7.4.4 | Stationäre PSO-Angebote für Kinder und Jugendliche | 55 |
| 7.4.5 | Psychosozialer Konsiliar- und Liaisondienst | 56 |
| 8 | Rehabilitation und Frühpensionierung | 58 |
| 8.1 | Rehabilitation | 58 |



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



| | | |
|-----------|--|-----------|
| 8.2 | Frühpensionierung | 58 |
| 9 | Prävention / Gesundheitsförderung | 61 |
| 10 | Abgrenzungs- und Grundsatzfragen | 62 |
| 10.1 | Krankheit und Krankenbehandlung im Sinne des ASVG in Abgrenzung zu nicht krankheitswertigen Störungen, die keinen Leistungsanspruch der gesetzlichen KV auslösen | 62 |
| 10.1.1 | Krankheitsbegriff dem Grunde nach | 62 |
| 10.1.2 | Krankheitsbegriff nach der Leistungszuständigkeit | 63 |
| 10.2 | Ergebnisse, Empfehlungen und Anregungen für eine weiterführende Projektarbeit | 64 |



1 Einleitung

Der Themenbereich der psychischen Gesundheit wird gesellschaftlich immer stärker thematisiert. Die österreichische Sozialversicherung setzte sich zum Ziel, das Thema ‚Psychische Gesundheit‘ auf Basis der eigenen Daten umfassend zu analysieren. Die Sozialversicherung ist als einer der zentralen Akteure gefordert, sich diesen Diskussionen zu stellen und eigene Positionen zu entwickeln.

Im Herbst 2009 erfolgte im Rahmen der BSC-Ziele 2010 der Arbeitsauftrag durch die Trägerkonferenz, den Bereich psychische Gesundheit umfassend und basierend auf allen in der Sozialversicherung vorhandenen Daten zu analysieren.

Das Projekt „Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter“ wurde von Hauptverband und der Salzburger Gebietskrankenkasse partnerschaftlich geleitet und unter Mitarbeit weiterer SV-Träger (NÖGKK, OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK, VAEB, SVA, PVA) durchgeführt.

Für die Analyse des Themenbereichs psychische Gesundheit wurde das Thema in neun „Dimensionen“ unterteilt, die alle Bereiche widerspiegeln sollten, in denen die Sozialversicherung mit psychischer Gesundheit zu tun hat. Ziel der Erhebung war es, das in der Sozialversicherung vorhandene Datenmaterial zusammenzutragen und zu analysieren. Die Kombination der Auswertung der Medikamentendaten in Verbindung mit Daten zur ärztlichen Versorgung, zu Spitalsaufenthalten und Arbeitsunfähigkeit (kurz: die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch psychisch Erkrankte) ermöglicht eine exaktere und fakten-gestützte Abschätzung des Ausmaßes von psychischen Erkrankungen in Österreich. In weiterer Folge können Trends besser erkannt und möglicherweise notwendige strukturelle Gestaltungen für die zukünftige angemessene Versorgung konzipiert werden.

Da den Krankenversicherungsträgern im Bereich der niedergelassenen ärztlichen Hilfe keine auswertbaren Diagnosen zur Verfügung stehen, wird vor allem anhand der ersten zwei Dimensionen ‚Medikamente‘ und ‚Arbeitsunfähigkeiten‘ Art und Ausmaß des Problems beleuchtet. Die Dimensionen ‚Psychotherapie‘, ‚ärztliche Hilfe‘, ‚stationäre Aufenthalte‘ und ‚klinisch-psychologische Diagnostik‘ zeigen die Situation in den jeweiligen Versorgungsstrukturen für psychisch Erkrankte auf. In den Dimensionen ‚Berufsunfähigkeit/Rehabilitation‘ sowie ‚Prävention‘ werden weitere wichtige Aspekte zum Thema psychische Gesundheit näher erläutert. Abgerundet wird der Bericht durch eine ‚Grundsatz-Dimension‘, in der grundlegende Begriffsklärungen und Abgrenzungen sowohl aus rechtlicher wie aus medizinischer Sicht diskutiert und Empfehlungen daraus abgeleitet werden.

Methodisch wurde auf zwei Ebenen gearbeitet. Zum einen wurden die quantitativen Daten der Krankenversicherung in den Dimensionen Medikamente, Ärztliche Hilfe, psychologische Diagnostik, Arbeitsunfähigkeit statistisch erhoben und ausgewertet. Zum anderen wurden zahlreiche qualitative Interviews mit Experten und Expertinnen geführt, um zusätzlich zum Datenmaterial Einschätzungen aus verschiedenen Blickwinkeln für die Interpretation der Daten verwenden zu können.

Die Dimension Spitäler wurde vom ÖBIG auf Basis diverser statistischer Daten beschrieben. Für die Dimensionen Rehabilitation und Berufsunfähigkeits-Pension lieferte die Pensionsversicherung Beiträge.



HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN
SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER



Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Standardprodukts LEICON, das Zahlenmaterial aus FOKO, LGKK und BIG verarbeitete. Die Datenerhebung erfolgte zwischen Mai und Oktober 2010.

Organisatorisch setzt sich das Projekt aus einer Steuerungsgruppe, einem ständigen Arbeitsteam, einem Fachberater und dem so genannten Plenum zusammen.

Die Steuerungsgruppe besteht auf Seiten des Hauptverbandes aus GD-Stv. Dr. Christoph Klein und dem Leiter der Abteilung für EBM und HTA Dr. Gottfried Endel. Die Salzburger Gebietskrankenkasse ist mit Dir. Dr. Harald Seiss und dem leitenden Arzt der SGKK Dr. Norbert Muß in der Steuerungsgruppe vertreten.

Das Arbeits- und Autorenteam setzt sich für den Hauptverband aus Dr. Johannes Gregoritsch (Jurist), Mag. Andreas Vranek (Jurist) und den GÖG/ÖBIG-MitarbeiterInnen Mag. Joy Ladurner, Mag. Joachim Hagleitner und Mag. Alexander Eggerth sowie für die Salzburger Gebietskrankenkasse aus Mag. Karin Hofer (Sozialwissenschaftlerin), Mag. Elisabeth Wallner (Juristin) und Mag. Susanne Wein (Sozialwissenschaftlerin) zusammen.

Als fachlicher Berater begleitete Univ.Prof. Dr. Karl Dantendorfer (Psychiater und Psychotherapeut) das Projekt.

Im Plenum waren folgende Sozialversicherungsträger vertreten: NÖGKK, OÖGKK, STGKK, TGKK, WGKK, VAEB, SVA, PVA.

Die ‚Grundsatz-Dimension‘ wurde im Rahmen einer SV-internen Arbeitsgruppe bearbeitet, bestehend aus folgenden Personen: **SGKK**: Dr. Markus Kletter, Mag. Karin Hofer, Mag. Elisabeth Wallner, Mag. Susanne Wein; **HVB**: Univ.Prof. Dr. Karl Dantendorfer (Konsulent), Dr. Johannes Gregoritsch; Dr. Eva-Maria Hollerer (pensioniert; ehemals NÖGKK).

Im LEICON-Team arbeiteten folgende Personen an den umfassenden Datenauswertungen für das Projekt: **NÖGKK**: Mag. Bernadette Schogger, Mag. (FH) Martin Robausch; **OÖGKK**: Mag. Stefanie Karner, Ing. Mag. Udo Feyerl, Mag. Thomas Rossgatterer; **VAEB**: Martin Ehrlich.

2 Medikamente

Mag. Karin Hofer (SGKK), Mag. Susanne Wein (SGKK)

2.1 Zentrale Ergebnisse

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems:

Die Analyse der Medikamentendaten in Verbindung mit Daten zu stationären Aufenthalten und Arbeitsunfähigkeit ergibt, dass in Österreich jährlich rund 800.000 bis 900.000 Personen wegen psychischer Probleme das Gesundheitssystem in Anspruch nehmen. Rund die Hälfte davon ist über 60 Jahre alt.

Zusätzlich gibt es rund 260.000 Patienten, die Medikamente aus der Gruppe der Antidementiva erhalten. Rund 880.000 Personen erhielten Antidepressiva, Antipsychotika, Tranquilizer oder hatten stationäre Aufenthalte und/oder Krankenstände wegen psychischer Erkrankungen. Bei 102.000 Erstverschreibungen von Medikamenten im Jahr 2009 handelte es sich allerdings um Einmalverschreibungen. Dieser relativ hohe Anteil an Einmalverschreibungen relativiert die Zahl 880.000 wahrscheinlich leicht nach unten, da es sich hier zu einem Teil vermutlich um sehr leichte und vorübergehende Probleme handelte.¹

Thema: Alter

Entgegen den öffentlichen Diskussionsschwerpunkten scheinen psychische Erkrankungen in einem hohen Ausmaß ein Problem des Alters – und nicht primär nur der Arbeitswelt – zu sein. Knapp mehr als die Hälfte der Psychopharmaka-Patienten (auch ohne Antidementiva!) ist älter als 60 Jahre. Hier wären Detailuntersuchungen über die Ausprägungen der Krankheiten sinnvoll und Überlegungen in Richtung möglicher Maßnahmen über reine Medikamentenverordnung hinaus angebracht.

Thema: Geschlecht

Rund zwei Drittel der Personen, an die Psychopharmaka verschrieben werden, sind weiblich. Im Bereich der Antidepressiva und Tranquilizer sind es 80 %, bei den Antipsychotika allerdings nur 59 %. Dieser Überhang von Frauen zeigt sich in allen Altersgruppen mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen, bei denen mehr Burschen betroffen sind.

Frauen erhalten im Durchschnitt in etwa gleich viele Verordnungen pro Person, allerdings die deutlich günstigeren Verordnungen (15 % geringere Kosten als bei Männern). Die Trägerunterschiede bezogen auf 1000 ASP sind bei Frauen viel stärker ausgeprägt als bei Männern.

Thema: Verschreibender Arzt und Dauer der Verschreibung

Mit 68 % der Erstverschreiber von Psychopharmaka dominieren Allgemeinmediziner. 10 % der Medikamente werden von einem Facharzt für Psychiatrie/Neurologie erstverschrieben, 22 % von einem

¹ Es wäre interessant zu untersuchen, in welchem Ausmaß diese Patienten mit Einmalverschreibungen in den folgenden Jahren erneut zu Psychopharmaka-Patienten wurden.

sonstigen Facharzt. Diese Verteilung zieht sich mit relativ geringen Unterschieden durch alle Psychopharmaka-Gruppen.

Der Anteil der sehr langfristigen (inklusive Dauer-)Medikationen liegt zwischen 50% und 60%. Gleichzeitig endet aber bei Neuverschreibungen jede zweite innerhalb von drei Monaten.

Den höchsten prozentualen Anteil an Kurzverschreibungen unter drei Monaten bzw. an Einmalverschreibungen weisen in der Relation die sonstigen Fachärzte auf; den geringsten Anteil an den Kurzverschreibungen haben die Allgemeinmediziner.

Sonderfall Demenz

Antidementiva zählen zur Gruppe der Psychopharmaka. Rund 263.000 Patienten erhielten Präparate, die in diese Gruppe fallen. Diese Personen wurden nicht in die Prävalenz ‚Psychischer Erkrankungen‘ aufgenommen, da eine Demenzerkrankung bezogen auf die Behandlung der Krankheit nicht mit dem sonstigen Krankheitsspektrum aus dem Bereich der F-Diagnosen vergleichbar ist.

Im Bereich der Antidementiva werden zu 80% Gingko-Präparate verschrieben, zu 20% Antidementiva. Der Unterschied zwischen den Trägern bezogen auf 1000 ASP ist bei der Gesamtzahl der Antidementiva äußerst stark ausgeprägt.

2.2 Psychopharmaka-Verbrauch Allgemein

Das Hauptziel in der Dimension Medikamente ist es, das tatsächliche Ausmaß psychischer Erkrankungen in Österreich anhand von validen Daten einschätzen zu können. Der Bezug sämtlicher verschreibungspflichtiger Medikamente, deren Preis über der Rezeptgebühr liegt, ist vollständig dokumentiert. Damit kann sehr genau beschrieben werden, wer welche Art von Psychopharmaka über welchen Zeitraum verordnet bekommt. Das tatsächliche Ausmaß von psychischen Erkrankungen kann so exakter eingeschätzt werden als es auf Basis anderer Schätzungen möglich ist.²

Diagnosen sind in Österreich grundsätzlich nicht bekannt. Um den Umfang eines Krankheitsbildes abschätzen zu können, müssen Ersatz-Parameter ausgewertet werden. Im Bereich der psychischen Erkrankungen wurden folgende drei Parameter herangezogen: Stationärer Aufenthalt mit der Hauptdiagnose aus der F-Gruppe nach ICD-10³, Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose, Verordnung von Medikamenten aus dem ATC-Code N („Psychopharmaka“)⁴. Psychopharmaka wurden entsprechend der Gruppierung im ATC-Code in die Gruppe der Antidementiva, der Antipsychotika, der Tranquilizer, der Antidementiva, der Kombinationspräparate und der Stimulanzien eingeteilt. Bei Kombinationspräparaten und Stimulanzien wurde aufgrund der geringen Fallzahlen auf Detailbeschreibungen verzichtet (Ausnahme: Kinder/Jugendliche).

² Ausgewertet wurden die Medikamentendaten aller Krankenversicherungsträger in den Jahren 2006-2009. Ab dem Jahr 2006 waren qualitativ gesicherte Daten bei allen Trägern vorhanden. Mit Hilfe des Standardprodukts LEICON konnte auf die FOKO-Daten aller KV-Träger zugegriffen werden.

³ Psychische Krankheitsbilder sind im ICD-10-Klassifikationssystem in den F-Diagnosen zu finden.

⁴ Die Auflistung der ATC-Gruppen, die ausgewertet wurden, ist im Anhang.

Grundsätzlich fielen im Jahr 2009 1,145.014 Personen in die definierte Gruppe, die Medikamente aus der Gruppe der Psychopharmaka mindestens einmal verordnet bekamen und/oder einen stationären Aufenthalt wegen einer psychischen Diagnose und/oder eine Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Diagnose hatten. In dieser Gruppe waren 34% Männer und 66% Frauen (Tab. 1 im Anhang). Im Österreichschnitt bedeutet dies, dass 93 Männer und 169 Frauen von 1000 geschlechtsbezogenen ASP betroffen waren⁵. Von 2006 bis 2009 wuchs diese Gruppe um 13,2 Prozentpunkte.

Die Gruppe der reinen *Psychopharmaka-Patienten* belief sich im Jahr 2009 auf 1,099.638 Personen, davon ebenfalls 34% Männer und 66% Frauen (Tab. 2 im Anhang). Dies bedeutet, dass es österreichweit rund 45.000 Personen gibt, die zwar einen stationären Aufenthalt und/oder eine AU wegen einer F-Diagnose hatten, aber keine Medikamente verschrieben bekamen.

Ohne die Patientengruppe der Demenzerkrankten erhielten 836.687 Versicherte Medikamente wegen psychischer Erkrankungen verschrieben. Zählt man die Gruppe derer dazu, die keine Medikamente erhielten, aber wegen einer F-Diagnose stationär behandelt wurden oder in AU waren, kann man von rund 880.000 Österreichern ausgehen, die im Jahr 2009 wegen eines psychischen Problems das Gesundheitssystem in Anspruch nahmen.

2.3 Psychopharmaka–Verbrauch nach Gruppen

2009 machen Antidepressiva mit 46,8 % den größten Anteil in der Gruppe der Psychopharmaka aus, gefolgt von Tranquilizern mit 17,7 %, Antidementiva mit 17,2 % und Antipsychotika mit 13,9 % (4 % entfallen auf Kombinationspräparate und 0,5 % auf Stimulanzien) (Abb. 4 im Anhang).⁶

Betrachtet man die Psychopharmaka ohne Antidementiva so entfallen rund 51% auf Antidepressiva, 18% auf Antipsychotika und 28% auf Tranquilizer (Rest: Stimulanzien, Kombinationspräparate).

ACHTUNG: Viele Patienten erhalten Medikamente aus mehreren Gruppen und wurden für die Erhebung der Gesamtzahl an Patienten in Summe natürlich nur einmal gezählt. Die Addition der Antidepressiva-, Antipsychotika-, usw. Patienten ist daher nicht gleich der Gesamtzahl an Patienten.

2.3.1 Antidepressiva: Patienten & Verordnungen

715.554 Patienten bekamen im Jahr 2009 ein Antidepressivum verschrieben. Das waren um 15,5 Prozentpunkte mehr als noch drei Jahre zuvor (zu den geschlechtsspezifischen Steigerungsquoten siehe Abb. 5 im Anhang). In dieser Gruppe sind 31,8 % der Patienten männlich, 68,2 % weiblich.

Österreichweit erhielten im Jahr 2009 rund 80 von 1.000 Anspruchsberechtigten ein Antidepressivum verschrieben. Auffällig sind Unterschiede zwischen den Trägern. Während im Jahr 2009 lediglich 58 SVA Anspruchsberechtigte ein Antidepressivum erhalten, sind es bei der VAEB 100, bei der BVA 81 und bei den § 2-Kassen zwischen 79 und 97 (siehe dazu Abb. 6 im Anhang).

⁵ ASP: Anspruchsberechtigte. Zur Vergleichbarkeit wurden alle Zahlen immer auf Grundlage der Anspruchsberechtigten der jeweiligen Träger berechnet (geschlechtsbezogen und/oder nach Altersgruppen).

⁶ Antidepressiva: N06AA, N06AB, N06AG, N06AX (nur nicht-pflanzlich); Antipsychotika: N05A, Tranquilizer: N05B, N05C; Antidementiva: N06DA, N06DX; Kombinationsp.: N06CA, N06CB; Psychostimulanzien: N06BA, +BC, +BX;

Bezogen auf die geschlechtsbezogenen Anspruchsberechtigten erhalten im Jahr 2009 von 1.000 weiblichen Anspruchsberechtigten 110 Patientinnen ein Antidepressivum, bei den Männern sind es 54 (Abb. 7 im Anhang).

Die Zahlen variieren zwischen den Trägern vor allem bei den weiblichen Antidepressivum-Patientinnen (2009: zwischen 76 auf 1.000 Anspruchsberechtigte bei der SVA und 137 bei der VAEB; die GKK's liegen zwischen 105 und 131). Bei den Männern gibt es deutlich geringere Unterschiede zwischen den Trägern. Die Unterschiede zwischen den Trägern sind nur teilweise mit der unterschiedlichen Altersstruktur zu erklären – wie im Kapitel Psychopharmaka nach Altersgruppen dargestellt wird.

In Summe wurden im Jahr 2009 rund 5 Mio Verordnungen an Antidepressiva ausgestellt (5.045.302). Das waren im Durchschnitt 7,05 Verordnungen pro Patient, der ein Antidepressivum erhielt.

Die Kosten für Antidepressiva betragen im Jahr 2009 im Durchschnitt rund 18,3 Euro pro Verordnung und sind damit – pro Verordnung – in den letzten beiden Jahren leicht gesunken (18,7 Euro pro Verordnung im Jahr 2006).

Von 2006 bis 2009 stiegen die Anzahl der Verordnungen (um 23,5 Prozentpunkte), die Kosten (17,3 Prozentpunkte) und die Anzahl der Antidepressiva Patienten (15,5 Prozentpunkte). Entsprechend sind die Kosten für Antidepressiva pro Patient, der sie verschrieben bekommt, gestiegen (von 123,3 Euro im Jahr 2006 auf 125,1 Euro im Jahr 2009) (zum Verlauf der Kosten/Verordnung, der Kosten/Patient sowie der Verordnungen/Patient siehe Abb. 8 im Anhang).

2.3.2 Antipsychotika: Patienten & Verordnungen

211.938 Patienten bekamen im Jahr 2009 ein Antipsychotikum verschrieben. Das waren um 9,9 Prozentpunkte mehr als noch drei Jahre zuvor (zu den geschlechtsspezifischen Steigerungsquoten siehe Abb. 9 im Anhang). In dieser Gruppe sind rund 41 Prozent der Patienten männlich, 59 Prozent weiblich.

25 von 1.000 Anspruchsberechtigten erhalten ein Antipsychotikum. Es gibt signifikante Unterschiede zwischen den Trägern (Abb. 10 im Anhang).

Bezogen auf die Geschlechter erhalten 21 Männer und 28 Frauen von 1.000 ein Antipsychotikum. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern sind damit bei weitem nicht so stark wie in der Gruppe der Antidepressiva (Abb. 11 im Anhang).

Im Jahr 2009 wurden in Summe 1.815.102 Verordnungen an Antipsychotika ausgestellt. Das waren im Durchschnitt 8,6 Verordnungen pro Patient in dieser Medikamentengruppe.

Die Kosten pro Verordnung waren bei den Antipsychotika deutlich höher als in der Gruppe der Antidepressiva und betragen im Jahr 2009 österreichweit rund 51 Euro pro Verordnung. Die Unterschiede zwischen den Trägern sind hier beachtlich.

Die Kosten für Antipsychotika pro Antipsychotika-Patient liegen mit 438 Euro im Jahr 2009 mehr als dreimal so hoch wie bei den Antidepressiva-Patienten. Analog zu den Unterschieden bei den Kosten pro Verordnung variieren die Kosten zwischen den Trägern zwischen 300 Euro und 550 Euro jährlich pro Patient (Tab. 4 und Abb. 12 im Anhang).

2.3.3 Tranquilizer: Patienten & Verordnungen

31 von 1000 Anspruchsberechtigten erhielten im Jahr 2009 Tranquilizer – in Summe 270.603 Personen (Abb. 13 im Anhang).

Insgesamt ist in der Gruppe der Tranquilizer kein Rückgang der Patienten feststellbar – nach einem leichten Rückgang im Jahr 2007 stieg die Patientenzahl ab 2008 wieder an. Frauen erhalten mit 40 von 1000 ASP doppelt so häufig Tranquilizer verordnet wie Männer (Abb. 14/15 im Anhang).

Kostenmäßig verursachen Tranquilizer 30 Euro pro Patient im Jahr. Kritisch zu sehen ist, dass es sich um Dauermedikation handelt – durchschnittlich erhält jeder Patient 10 Verordnungen mit jährlichen Steigerungen (Tab. 5 und Abb. 16 im Anhang).

Innerhalb der Gruppe der Tranquilizer wird zwischen Anxiolytika („Angstlöser“) und Hypnotika/Sedativa („Schlafmittel“) unterschieden. Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass in der Gruppe der Tranquilizer-Patienten 62 % Anxiolytika und 38 % Hypnotika/Sedativa abgegeben werden (zu den trägerspezifischen Unterschieden auf 1000 ASP siehe Abb. 16a im Anhang). Werden die beiden Gruppen addiert, so ergibt das für das Jahr 2009 insgesamt 305.220 Patienten – das sind im Vergleich zur Gesamtzahl der Tranquilizer-Patienten fast 35.000 Patienten mehr. Dies zeigt, dass ein beträchtlicher Anteil an Patienten Präparate aus beiden Medikamentenuntergruppen einnimmt.

Grundsätzlich bilden diese Zahlen im Bereich der Tranquilizer die reale Medikationssituation nicht ab. Da insbesondere in der Gruppe der Hypnotika/Sedativa die meisten Produkte unter der Rezeptgebühr liegen (der durchschnittliche Preis pro Tranquilizer-Verordnung lag bei 3 Euro), muss davon ausgegangen werden, dass die Zahlen vor allem bei Hypnotika/Sedativa von rezeptgebührenbefreiten Personen stammen. Die Vermutung liegt nahe, dass die Dunkelziffer derer, die ein Schlafmittel nehmen, um ein Vielfaches höher ist.

2.3.4 Antidementiva: Patienten & Verordnungen

2009 erhalten österreichweit bereits 20 Männer von 1000 männlichen Anspruchsberechtigten und 41 Frauen Antidementiva (Abb. 17 im Anhang) – dies sind in Summe 262.951 Patienten. Bezüglich der Patientenzahlen war die Tendenz der letzten drei Jahre steigend – um 25 Prozentpunkte von 2006 bis 2009 (Abb. 18 im Anhang).

Die Patientenzahlen variieren zwischen den Trägern (14 auf 1000 Anspruchsberechtigte bei der VGKK, 55 auf 1000 Anspruchsberechtigte bei der VAEB – Abb. 19 im Anhang) wie auch die Kosten pro Verordnung: sie lagen im Jahr 2009 zwischen 27 Euro (SGKK) und 39 Euro (BGKK). Pro Patient verursacht dies Unterschiede um 100 Euro im Jahr für Antidementiva. Die Anzahl der Verordnungen pro Antidementiva-Patient ist österreichweit relativ einheitlich, die Kostenunterschiede sind daher auf die Kosten pro Verordnung zurückzuführen (siehe Tab. 6 und Abb. 20 im Anhang).

Eine Aufsplittung der Antidementiva in Ginkgo-Präparate und „echte“ Antidementiva zeigt folgendes Bild: Knapp 82 % aller Antidementiva-Patienten erhalten im Jahr 2009 NUR Ginkgo-Medikamente, das sind 76 % aller in diesem Jahr getätigten Verordnungen. Von den insgesamt 262.951 Antidementiva-Patienten erhalten somit 214.623 Patienten nur Ginkgo-Produkte, anteilige geschlechtsspezifische Unterschiede sind nicht feststellbar. In Bezug auf die Verordnungszunahmen zeigt sich innerhalb der Antidementiva eine vergleichsweise starke Zunahme der „echten“ Antidementiva während bei Ginkgo eher eine Stagnation stattgefunden hat (Abb. 20a im Anhang).

Die Verordnungen pro Patient liegen bei den Ginkgo-Präparaten im Jahr 2009 durchschnittlich bei 6, bei den „echten“ Antidementiva bei 8,3 Verordnungen pro Patient. Die Differenzen in den Kosten/Verordnung sind enorm: Während eine Ginkgo-Verordnung durchschnittlich 11,6 Euro kostet betragen die Kosten für eine Verordnung der „echten“ Antidementiva etwa 96 Euro im Jahr 2009.

2.4 Psychopharmakaverbrauch nach Altersgruppen

Von den 1.145.014 Millionen Menschen in der Gesamtgruppe waren im Jahr 2009 52,7 % der Patienten über 60 Jahre. 44,3 Prozent im erwerbstätigen Alter zwischen 21 und 60 Jahren und 3 Prozent jünger als 21 Jahre. (Abb. 21–24 im Anhang).

2.4.1 Kinder bis 10 Jahre

Die gesamtösterreichische Prävalenz im Jahr 2009 beträgt elf Burschen und sechs Mädchen auf jeweils 1.000 Anspruchsberechtigte. Die Gesamtzahl der Betroffenen in dieser Altersgruppe beträgt 5.329 Burschen und 2.814 Mädchen, in Summe also 8.143 Kinder.⁷

3.740 Kinder erhalten Tranquilizer, 2.175 Stimulanzien, 590 Antipsychotika und 312 Antidepressiva. 1.326 Kinder weisen stationäre Aufenthalte, aber keine Medikation auf.

Ein sehr interessanter Unterschied besteht zwischen den Kindern der SVA- und SVB-Versicherten und allen anderen: Erstere sind deutlich seltener in der Prävalenzgruppe anzutreffen (Abb. 25 im Anhang). Nur fünf (SVA) bzw. drei (SVB) Buben und zwei (SVA, SVB) Mädchen sind als psychisch erkrankt zu werten (die GKK's liegen zwischen neun und 20 Buben und fünf und zehn Mädchen). Dieser Unterschied zieht sich durch alle drei relevanten Psychopharmakagruppen. Der Frage, warum die Kinder von Selbständigen und Landwirten deutlich seltener medikamentös behandlungsbedürftig sind (bzw. gesehen werden), sollte nachgegangen werden, da der Unterschied bei den Kindern nicht auf unterschiedliche Arbeitswelten rückführbar ist.

Grundsätzlich ist kein „Großstadtfaktor“ feststellbar. Im Gegenteil weisen die VGKK, die KGKK und die SGKK deutlich höhere Fallzahlen auf als die WGKK.

Antidepressiva erhalten 0,4 Buben und 0,3 Mädchen von 1.000 Anspruchsberechtigten (in Summe 312 Kinder). Auffällig ist, dass sowohl die Anzahl der Verordnungen pro Patient als auch die Patienten pro 1000 ASP zwischen den Trägern stark variieren (Abb. 26–27 im Anhang). Zudem scheint es einen vergleichsweise hohen Anteil an Kindern in dieser Gruppe zu geben, die lediglich einmal ein Antidepressivum verordnet bekommen. Nachdem diese Präparate erst nach einiger Zeit ihre Wirkung entfalten, stellt sich hier die Frage der Sinnhaftigkeit der Verschreibung.

Antipsychotika werden in dieser Altersgruppe häufiger verschrieben als Antidepressiva – 0,95 Buben und 0,3 Mädchen auf 1000 ASP erhielten diese Präparate (in Summe 590 Kinder in Österreich). Die Verordnungen sind hier – im Vergleich zu den Antidepressiva – deutlich längerfristig – im Durchschnitt 3,8 pro betroffenem Kind im Jahr (Abb. 28–29 im Anhang).

In der Gruppe der *Tranquilizer* scheinen im Jahr 2009 4,3 Buben und 3,6 Mädchen auf 1000 ASP auf, im Durchschnitt mit 1,5 Verordnungen. Auch hier liegen SVA und SVB mit rund 2 betroffenen Kindern am niedrigsten. Ausreißer ist die VGKK mit 8,2 Buben und 6,3 Mädchen auf 1000 ASP, dicht gefolgt von der KGKK mit 7,7 Buben und 5,8 Mädchen auf 1000 ASP. Die Gruppe der Tranquilizer umfasst angstlösende, beruhigende Präparate und Schlafmittel. (Abb. 30–31

⁷ Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen bis 20 Jahren ist die einzige Altersgruppe, in der mehr männliche als weibliche Versicherte betroffen sind.

im Anhang). In der Gruppe der 0–10jährigen erhalten von insgesamt 3.740 Kindern 3522 Anxiolytika und 218 Kinder Hypnotika/Sedativa (also Schlafmittel). Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Hypnotika/Sedativa-Patienten bei der VGKK: hier kommen durchschnittlich 2,9 Kinder (3,2 Buben und 2,7 Mädchen) auf 1000 ASP (Abb 31a im Anhang). Die Differenz zwischen den Tranquilizer-Patienten und den Patienten mit Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa beträgt im Jahr 2009 für ganz Österreich 21 Kinder – auch hier gibt es somit Kinder, die Medikamente aus beiden Gruppen erhalten.

69 % aller Psychopharmaka-Verordnungen, die im Jahr 2009 in der Altersgruppe der 0–10jährigen getätigt wurden, entfallen auf *Stimulanzen* (2.175 betroffene Kinder). Im Durchschnitt erhalten 2,4 von 1000 ASP (3,9 Buben und 0,7 Mädchen) mindestens ein Präparat aus dieser Medikamentengruppe (Abb. 31b im Anhang). Bezogen auf die Verordnungen entfallen auf jeden männlichen Patienten 9,1 Verordnungen, bei Mädchen sind es 7,6 Verordnungen pro Patient im Jahr 2009.

2.4.2 Jugendliche von 11 bis 20 Jahren

In dieser Altersgruppe sind bereits 25.935 Personen betroffen. Der Unterschied zwischen Mädchen und Buben gleicht sich annähernd aus – im Jahr 2009 waren es 24 Burschen und 23 Mädchen auf 1000 ASP.

Auch in dieser Altersgruppe ist kein so genannter Großstadtfaktor feststellbar – vielmehr haben KGKK, SGKK, VGKK, OÖGKK und StGKK die höchsten Werte.

SVA und SVB weisen erneut deutlich niedrigere Wert auf – nur durchschnittlich 9 Jugendliche bei der SVA und 8 bei der SVB auf 1000 ASP sind betroffen – und damit weniger als die Hälfte als im Österreichschnitt und weniger als ein Drittel als beim Träger mit den meisten Betroffenen (SGKK mit etwa 36 Jugendlichen auf 1000) (Abb. 32 im Anhang).

In Summe erhielten 10.578 Jugendliche in Österreich *Antidepressiva*. Mit 11,8 auf 1000 ASP sind deutlich mehr weibliche Jugendliche betroffen als männliche mit 7,4 auf 1000 ASP. Mit durchschnittlich 4,1 Verordnungen erhalten die Jugendlichen längere Antidepressiva-Therapien als die Gruppe der Kinder (Abb. 33–34 im Anhang).

4.608 Jugendliche erhielten im Jahr 2009 *Antipsychotika*. Hier dominierten die männlichen Jugendlichen mit 4,9 Patienten auf 1000 ASP (weibliche: 3,4 auf 1000 ASP). Interessant ist, dass auch in dieser Gruppe die jugendlichen Versicherten von SVA und SVB deutlich weniger betroffen zu sein scheinen (Abb. 35 im Anhang). Die durchschnittliche Verordnungszahl pro Patient lag bei rund 6 Verordnungen – hier handelt es sich deutlich um längerfristige Therapien (Abb. 36 im Anhang).

Rund 2,3 männliche sowie weibliche Patienten von 1000 ASP erhielten in dieser Altersgruppe *Tranquilizer* – in Summe 2.561 Personen. Wie bei den anderen Psychopharmakagruppen sind es bei SVA und SVB deutlich weniger – nämlich zwischen 0,7 und 1,0 Patienten auf 1000 ASP (Abb. 37 im Anhang). Durchschnittlich wurden rund 4,5 Verordnungen verschrieben (Abb. 38 im Anhang). Die Mehrzahl – nämlich 2.110 Personen – erhielten *Anxiolytika*. Bei den *Hypnotika/Sedativa* sind es 592 Personen (Abb. 38a im Anhang). In beiden Medikamentengruppen ist der Anteil an Burschen und Mädchen etwa gleich hoch. Wie schon bei den Kindern erhalten manche Jugendliche sowohl Anxiolytika als auch Hypnotika/Sedativa – die Differenz zu den Gesamt-Tranquilizerpatienten beträgt 141 Jugendliche.

Stimulanzen erhalten 4.047 PatientInnen, (davon nur 558 Mädchen). Auffallend ist der wesentlich höhere Anteil von männlichen Patienten: während nur 1,0 Mädchen auf 1000 ASP ein Stimulans erhalten, sind es 6,2 Buben auf 1000 ASP (Abb. 38b im Anhang). In dieser Altersgruppe entfallen 30 % aller Verordnungen

auf Stimulanzen. Die Anzahl der Verordnungen pro Patient sind zwischen den Geschlechtern etwa gleich hoch und liegen durchschnittlich bei 8,9.

2.4.3 Die Gruppe der Erwerbsfähigen: 21 bis 60 Jahre

In dieser Altersgruppe ist – im Vergleich zu den vorhergehenden Altersgruppen – ein starker Anstieg der Medikamentenverschreibung festzustellen. Bei den bis zu 40jährigen sind im Jahr 2009 bereits 57 Männer und 89 Frauen auf 1000 ASP betroffen (Abb. 39). Bei den 40–60jährigen steigt die Zahl auf 103 Männer und 179 Frauen an (Abb. 40).

In der Altersgruppe der jüngeren Erwerbstätigen bis 40 Jahre bedeutet dies eine Verdreifachung gegenüber den männlichen Jugendlichen und eine Vervierfachung gegenüber den weiblichen Jugendlichen. Bei den älteren Erwerbstätigen über 40 Jahre tritt nochmals eine Verdoppelung auf.

Wie bereits bei den Kindern und Jugendlichen sind die Versicherten der SVA und SVB in einem deutlich geringeren Ausmaß betroffen – ein Drittel bzw. die Hälfte weniger als im österreichischen Durchschnitt. Auch die VAEB und die BVA liegen bei den jüngeren Erwerbstätigen unter den Werten der GKK's, allerdings nähern sie sich in der Gruppe der älteren Erwerbstätigen den Werten der GKK's an. SVA und SVB bleiben aber auch in der Altersgruppe bis 60 Jahre um ein Drittel unter dem Österreich-Durchschnitt.

Auch in der Gruppe der Erwerbstätigen ist kein „Großstadtfaktor“ festzustellen. Die WGKK und die VGKK liegen in etwa gleich hoch, gefolgt von der BGKK und der StGKK.

Ein Großteil des Anstiegs der Psychopharmakaverschreibungen nach dem Jugendlichenalter geht auf das Konto der *Antidepressiva*. Hier kommt es zu einer Verfünffachung. Bei den 21–40 jährigen Frauen nehmen bereits 68 von 1000 ASP Antidepressiva. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind es 37 von 1000 ASP im Jahr 2009. Damit nehmen doppelt so viele Frauen Antidepressiva wie Männer (Abb. 41). In der darauffolgenden Altersgruppe bis 60 Jahre steigt die Zahl auf 71 Männer und 139 Frauen an (Abb. 42). In diesen Altersgruppen erhalten im Jahr 2009 Männer im Durchschnitt rund 6,3 Verordnungen, Frauen 6,4 (Tab. 7 im Anhang).

Auch die *Antipsychotikapatienten* verdreifachen sich nach dem Jugendlichenalter – rund 14 von 1000 ASP erhalten österreichweit im Jahr 2009 in der Gruppe der 21–40jährigen Antipsychotika. Männer und Frauen liegen in etwa gleich (Abb. 43). Bei den 41–60jährigen steigt die Zahl auf 24 Männer und 28 Frauen auf 1000 ASP (Abb. 44).

Wie bei den Antidepressiva liegen die SVA und die SVB – und auch die BVA – signifikant unter diesem Wert – nur rund 8 (21–40jährige) bzw. 15 (41–60jährige) von 1000 ASP erhalten diese Medikamente.

Durchschnittlich erhalten die 21–40jährigen Antipsychotika-Patienten 10 Verordnungen pro Person. Dies verweist auf eine Langzeitmedikation (Tab. 8).

Auch bei den *Tranquilizern* ist ein massiver Anstieg bei den Erwerbstätigen zu sehen. Bei den 21–40jährigen sind noch ungefähr gleich viele Männer und Frauen betroffen (10 bzw. 11 auf 1000 ASP), bei den 41–60jährigen sind es deutlich mehr Frauen als Männer (21 und 31) (Abb. 45–46).

Rund 70% der Tranquilizer-Patienten erhalten Anxiolytika und 30% Hypnotika/Sedativa.

Bezüglich der Verordnungen pro Patient liegen die Männer (24,8 bei den 21–40jährigen und 13,9 bei den 41–60jährigen) über den Frauen (11,7 bzw. 9,9 Verordnungen pro Patientin). Besonders auffallend sind

die trägerspezifischen Unterschiede – absoluter Spitzenreiter ist die WGKK mit fast 41 Verordnungen pro männlichem Patient bei den 21–40jahrigen, gefolgt von der TGKK mit 31,7 Verordnungen in derselben Gruppe (Tab. 9). Aufgrund dieser enormen Unterschiede der TGKK und der WGKK wurden die Zahlen mehrmals auf ihre Validität geprüft: die Daten sind korrekt. Medizinisches Fachpersonal ist zur Ursachenforschung nötig.

In der Altersgruppe bis 40 Jahre werden bereits *Antidementiva* verschrieben – allerdings in geringem Ausmaß mit 1,7 Männern und 2,5 Frauen auf 1000 ASP im Jahr 2009. In der Altersgruppe bis 50 Jahre steigt die Zahl der Betroffenen bereits auf 6,3 Männer und 10,5 Frauen. Ein deutlicherer Anstieg zeichnet sich zwischen 50 und 60 Jahren ab – auf 15 Männer und 26 Frauen (Abb. 47–49). Auch hier stellt sich die Frage, warum bei manchen Trägern signifikant weniger Menschen wegen Demenz medikamentös behandelt werden. Aufgrund des insgesamt hohen Anteils der Verordnungen von Ginkgo-Preparaten besteht hier die Vermutung, dass die Trägerunterschiede auf diese Medikamente zurück zu führen sind.

Die Verordnungszahlen pro Patient steigen bei den Antidementiva mit zunehmendem Alter an und liegen im Jahr 2009 bei 1,68 in der Gruppe der bis 40jahrigen und 3,9 bei den 51–60jahrigen (Tab. 10).

2.4.4 Ältere Menschen

In der Altersgruppe der über–60jahrigen erhielten im Jahr 2009 in Summe 601.570 Personen Medikamente. Davon waren 404.416 Personen zwischen 61 und 80 und 197.154 Personen über 80 Jahre alt. Damit war im Jahr 2009 knapp mehr als die Hälfte aller Psychopharmaka–Patienten über 60 Jahre alt (52,5 %).

Bezogen auf die Anspruchsberechtigten bedeutet dies, dass bei den 61–80jahrigen 194 Männer und 321 Frauen von 1000 ASP Psychopharmaka nahmen. Bei den über 80jahrigen waren es 366 Männer und 493 Frauen von 1000 ASP (Abb. 50–51). Die Unterschiede zwischen den Trägern fallen geringer aus als bei allen anderen Altersgruppen.

In Summe nahmen im Jahr 2009 329.866 Menschen über 60 Jahre *Antidepressiva*, ihr Anteil an allen Antidepressiva–Patienten betrug damit 46,1 Prozent.

Die *Antidepressiva* steigen bei den 61–80jahrigen auf 104 Männer und 191 Frauen, bei den über–80jahrigen auf 162 Männer und 251 Frauen von 1000 ASP an (Abb. 52–53). Die Verordnungen pro betroffenen Patienten steigen auf rund 7,5 – ein Zeichen, dass die Medikamente stärker als bei den Jüngeren als Dauermedikation genommen werden (Tab. 11). Ein Grostadtfaktor bei der Verschreibung von Antidepressiva ist auch bei den Älteren nicht feststellbar.

In der Gesamtbetrachtung nehmen 112.121 Menschen über 60 Jahre *Antipsychotika*, ihr Anteil an allen Antipsychotika–Patienten beträgt damit 52,9 Prozent. Der Anstieg bei den *Antipsychotika* in der älteren Alterskohorte fällt geringer aus als bei den Antidepressiva (Abb. 54–55).

Da im Durchschnitt bei den 61–80jahrigen 8,3 und bei den über–80jahrigen 6,3 Verordnungen pro Patient anfallen, dürfte es sich zu einem großen Teil um Dauermedikation handeln (Tab. 12).

Tranquilizer werden – nach eingelösten Rezepten – von 50 Männern und 94 Frauen in der Alterskohorte der 61–80jährigen und von 96 Männern und 169 Frauen bei den über–80jährigen genommen (Abb. 56–57). Die durchschnittlichen Verordnungen pro Patient sind sowohl bei den 61–80jährigen (8,8) als auch bei den über–80jährigen (9,1) wesentlich niedriger als in der Gruppe der Erwerbstätigen – auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind bei den älteren Patienten kleiner (Tab. 13). Die Gründe für diese niedrigere Anzahl an Verordnungen pro Patient im Vergleich zu jüngeren Gruppen müssten untersucht werden.

Bei den älteren Menschen werden bei den Tranquilizern mehr Schlafmittel verschrieben als bei den jüngeren Alterskohorten: Rund 115.000 (57%) erhalten Anxiolytika, rund 85.000 (43%) Hypnotika/Sedativa. Die Dunkelziffer ist aufgrund vieler Medikamentenpreise unter der Rezeptgebühr zweifellos um ein Vielfaches höher.

Die *Antidementiva* verdreifachen sich in der Alterskohorte der 61–70jährigen, um sich bei den 71–80jährigen nochmals zu verdoppeln. Bei den über–80jährigen kommt es nur mehr zu einer Steigerung um rund 30%.

In Summe nehmen 219.988 Personen über 60 Jahren Antidementiva. Die Zahl der Verordnungen pro Antidementiva-Patient liegt im Jahr 2009 zwischen 6 und 8 pro Person (je nach Altersgruppe). Erstaunlicherweise gibt es bei den Antidementiva gravierende Unterschiede zwischen den Trägern (Abb. 58–60 bzw. zu den Verordnungen/Patient Tab. 14 im Anhang). Die Ursache für die Trägerunterschiede ist vermutlich in der stark unterschiedlichen Verschreibeweise der Gingko-Präparate zu suchen als bei den ‚echten‘ Antidementiva, deren Verschreibung üblicherweise ein neurologisches Gutachten vorangeht (s. Kapitel Antidementiva).

2.5 Medizinische Daten zur Verschreibung

Für die medizinischen Daten zur Verschreibung wurden alle Erstverschreibungen ab dem Jahr 2006 untersucht, die auch beendet wurden. Es wurden nur die beendeten Verschreibungen in die Stichprobe genommen, um die Länge der Verschreibung bestimmen zu können⁸. Diese wurde unterschieden in ‚unter 3 Monate‘, ‚länger als 6 Monate‘ und ‚zwischen 3 und 6 Monaten‘.

Unterschieden wurde nach Erstverschreibung durch Facharzt für Psychiatrie/Neurologie, durch Allgemeinmediziner und durch „sonstige Fachärzte“. Der Anteil der Spitäler an den Erstverschreibungen konnte aus datentechnischen Gründen nicht erfasst werden.

2.5.1 Erstverschreibung

Rund 68% aller beendeten Erstverschreibungen stammten im Jahr 2009 von Allgemeinmedizinern, 10% von Fachärzten für Psychiatrie bzw. Neurologie und 22% von „sonstigen Fachärzten“.

Der Anteil der Allgemeinmediziner ist seit 2006 um 4% gesunken, der Anteil der „sonstigen Fachärzte“ um 4% gestiegen; der Anteil der Psychiater an den Erstverschreibungen blieb unverändert.

Es ist möglich, dass einige der scheinbaren Erstverschreibungen durch Allgemeinmediziner Folgeverschreibungen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sind. Da aber insgesamt nur rund

⁸ Zur Detailbeschreibung dieser Daten s. Anhang Teil „Datengrundlagen“, Punkt 1.3.1 „Heilmittelkennzahlen“.

61.000 Personen einen stationären Aufenthalt und Psychopharmaka-Verschreibungen hatten (also 5,4% der gesamten Psychopharmaka-Patienten), kann dieser Anteil die hohe Quote der Allgemeinmediziner nicht wirklich senken. Selbst wenn man die stationären Patienten von der Erstverschreiberquote der Allgemeinmediziner abzieht, bliebe diese noch immer bei rund 63%.

Die Anteile der Erstverschreiber variieren bei den Psychopharmakagruppen nur wenig: So sind bei Antidepressiva 66% Allgemeinmediziner, bei den Antipsychotika 65%, bei den Antidementiva u 62% und bei den Tranquilizern 80%.

Der Anteil der Psychiater an den Antidepressiva-Erstverschreibungen beträgt 14%, bei den Antipsychotika-Erstverschreibungen 12%, bei den Antidementiva 8% und bei den Tranquilizern 5%.

Die „sonstigen Fachärzte“ verschreiben in einem hohen Ausmaß Antidepressiva – ihr Anteil an den Erstverschreibungen liegt bei 20% – und Antipsychotika mit 23%. Antidementiva gehen zu 30% auf die Erstverschreibung von sonstigen Fachärzten zurück. Eine detaillierte Auswertung der Fachgruppen bei den „sonstigen Fachärzten“ liegt nicht vor.

2.5.2 Dauer der Verschreibung:

Im Jahr 2009 gab es insgesamt 235.178 beendete Erstverschreibungen und 372.328 nicht beendete Erstverschreibungen. Es gab also in Summe 607.506 Erstverschreibungen, von denen 38% beendet wurden.

50,5% dieser beendeten Erstverschreibungen endeten nach spätestens drei Monaten (also rund 119.000 Erstverschreibungen). Das heißt, dass bei den im Jahr 2009 neu hinzugekommenen Patienten 19,5% nur eine „Kurzzeitverschreibung“ erhielten (rd. 119.000 Patienten von insgesamt rd. 607.000).

Bei den neu hinzugekommenen Antidepressiva-Verschreibungen endeten 53% der beendeten Erstverschreibungen nach spätestens drei Monaten; bei den Antipsychotika-Verschreibungen waren es 46%.

Umgekehrt dauerten 39% aller im Jahr 2009 beendeten Erstverschreibungen länger als 6 Monate. Bei den Antidepressiva betrug der Anteil der Langzeitmedikation 36%, bei den Antipsychotika 45%.

372.328 Erstverschreibungen aus dem Jahr 2009 liefen weiter; das waren 62% der Erstverschreibungen. Grundsätzlich kann aus diesen Zahlen geschlossen werden, dass der Anteil der Dauermedikation relativ hoch ist: Von 1,1 Mio. Psychopharmaka-Patienten im Jahr 2009 waren 492.132 oder 45% bereits bestehende Patienten. Von den 607.506 oder 55%, die neu hinzukamen, beendeten lediglich 38% die Pharmakotherapie noch im gleichen Jahr. Diese beiden Zahlen zeigen, dass es sich bei mindestens der Hälfte der Patienten um eine längerfristige medikamentöse Therapie und nicht um vorübergehende Interventionen handelt.⁹

Zum anderen zeigt die Analyse der Erstverschreibungen aber auch einen relativ hohen Anteil an Kurzzeitverschreibungen, die speziell im Bereich der Antidepressiva medizinisch fragwürdig sind.¹⁰ Da einige Antidepressiva auch bei Schlafstörungen verschrieben werden (können) und ein kurzfristiger Einsatz damit sinnvoll sein könnte, wurden die Werte für diese Medikamente herausgerechnet. Personen, die diese Präparate (Amitriptylin bzw. Trazodon) verordnet bekamen, belaufen sich auf ca. 15%

⁹ Wie viele aus der Gruppe der Patienten, die bereits vor 2009 mit Psychopharmaka behandelt wurden, diese Therapie beendeten, konnte aus datentechnischen Gründen nicht berechnet werden.

¹⁰ Die meisten Antidepressiva wirken erst nach 6-8 Wochen.

aller Antidepressiva-Patienten. Die häufige kurze Verschreibedauer in dieser Medikamentengruppe kann somit nicht nur auf den Einsatz von Antidepressiva als Schlafmittel zurückgeführt werden.

Auf Basis der vorhandenen Zahlen kann die Frage nicht beantwortet werden, ob die Ursache für den hohen Anteil an sehr kurzen Verschreibungen primär in einer mangelnden Compliance der Patienten oder primär in einer nicht-indizierten Verschreibung durch den Arzt liegt. Es wäre sinnvoll, dieser Frage anhand einer Stichprobenuntersuchung weiter nachzugehen, da es hier sowohl um Qualitätsaspekte in der Betreuung von Patienten als auch um einen kostenbewussten Umgang mit Medikamenten geht.

2.5.3 Erstverschreiber und Dauer der Verschreibung

Der Anteil der Allgemeinmediziner an den Kurzzeitverschreibungen (unter 3 Monate) lag mit 63% unter ihrem allgemeinen Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie entsprach mit 10% exakt ihrem Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der ‚sonstigen Fachärzte‘ an den Kurzzeitverschreibungen lag mit 27% deutlich höher als ihr Anteil an den Erstverschreibungen (22%).

Der relativ hohe Anteil der ‚sonstigen Fachärzte‘ an den Kurzzeitverschreibungen zeigt sich auch bei den Antipsychotika (29%, obwohl ihr Anteil an allen Antipsychotika-Erstverschreibungen nur 23% beträgt).

Der Anteil der Allgemeinmediziner an den Langzeitverschreibungen (über 6 Monate) beträgt 73% – und damit deutlich mehr als ihr gesamter Anteil an den Erstverschreibungen. Der Anteil der Fachärzte für Psychiatrie/Neurologie liegt mit 11% bei ihrem Anteil an den Erstverschreibungen (10%); der Anteil der ‚sonstigen Fachärzte‘ liegt mit 16% deutlich unter ihrem Anteil an den gesamten Erstverschreibungen (22%).

Insgesamt zeigen die Zahlen, dass Langzeit- oder Dauermedikation in einem deutlich höheren Ausmaß bei den AllgemeinmedizinerInnen stattfindet, während v.a. ‚sonstige Fachärzte‘ bei den Kurzfristverschreibungen auffallen. Erklärungen dafür könnten in den Rolle des Hausarztes zu finden sein, der den Patienten laufend betreut.

2.5.4 Patienten mit EINER Verordnung

9,4% aller Psychopharmaka-Patienten erhielten im Jahr 2009 nur eine Verordnung (das waren 102.909 Personen). Das bedeutet, dass in der Gruppe, die Kurzzeitverschreibungen erhält (119.000 Personen) rund 85% überhaupt nur einmal eine Verordnung erhalten.

Der höchste Anteil an Patienten mit nur einer Verordnung findet sich bei den Antidementiva (9,5% aller Antidementiva-Patienten), gefolgt von Tranquilizern und Antidepressiva mit jeweils etwa 8% der Patienten. Bei den Antipsychotika beträgt dieser Anteil 4,3% im Jahr 2009.

2.6 Psychopharmaka–Verbrauch in Österreich: Versuch einer Landkarte

Ziel der Untersuchung war auch die Frage, ob psychische Erkrankungen in bestimmten Bundesländern bzw. Regionen (Bezirken) stärker vorkommen als in anderen. Auf Basis der vorhandenen Daten wurden

„Österreichkarten“ gezeichnet, die die Verteilung psychischer Erkrankungen in Relation zur Gesamtbevölkerung darstellen (s. Anhang).

Das Durchschnittsalter der Bezirke ist auf der Alterslandkarte ersichtlich (Abb. 61 im Anhang). Die Gliederung umfasst fünf Kategorien: Durchschnittsalter über 43 Jahre, von 42–43, von 41–42, von 40–41 und von kleiner/gleich 40 Jahren.

Alle Bezirke mit einem Durchschnittsalter bis 41 Jahre wurden in der Interpretation als ‚jung‘ geclustert, alle mit einem Durchschnittsalter ab 43 Jahren als ‚alt‘, die mit einem Durchschnittsalter von 42–43 als ‚mittel‘.

Die Einteilung der Prävalenz wurde aufgrund der statistischen Daten bezogen auf die Einwohner wie folgt getroffen: 7.32–8.63 %; 8.68–9.61 %; 9.65–10.37 % und 10.39–12,19 %. Die Prävalenz in den Bezirken wurde als ‚schwach ausgeprägt‘ geclustert, wenn unter 9,61 % betroffen sind und als ‚stark ausgeprägt‘, wenn mehr als 9,65 % betroffen sind.

Die ‚jungen‘ Bundesländer

In den Bundesländern Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich sind 29 Bezirke von insgesamt 37 als ‚jung‘ einzustufen, vier als ‚mittel‘ und vier als ‚alt‘ – darunter die Städte Salzburg und Linz (Abb. 61 im Anhang).

In 30 Bezirken ist die Prävalenz ‚schwach ausgeprägt‘. In sieben Bezirken, darunter die drei Statutarstädte Linz, Salzburg und Innsbruck, ist sie ‚stark ausgeprägt‘ – allerdings ‚mäßig stark‘, da sie nicht in der stärksten Kategorie mit über 10,39 % der Bevölkerung liegen (Prävalenz – Heilmittel siehe Abb. 62 im Anhang).

Die ‚alten‘ Bundesländer

In den Bundesländern Burgenland, Kärnten, Steiermark und Niederösterreich sind insgesamt fünf von 61 Bezirken als ‚jung‘ und 13 als ‚mittel‘ einzustufen; 43 Bezirke sind ‚alt‘ (s. Alterslandkarte im Anhang).

In 24 Bezirken ist die Prävalenz ‚schwach ausgeprägt‘, in 37 ist sie ‚stark ausgeprägt‘.

Von den 21 ‚sehr alten‘ Bezirken (Durchschnittsalter über 43) ist in 17 die Prävalenz ‚stark ausgeprägt‘.

Wien ist mit ‚mittlerem Alter‘ definiert, die Prävalenz ist ‚schwach ausgeprägt‘ (8,68–9,61 %).

Schlussfolgerung

Die Landkarte zeigt sehr klar einen Zusammenhang zwischen höherem Durchschnittsalter und steigender Prävalenz. Der Zusammenhang kann nicht zu 100% auf jeden Bezirk angewendet werden. Dies war aber aufgrund der Mobilität der Bevölkerung und der unterschiedlichen Versorgungsangebote auch nicht zu erwarten.

2.7 Psychopharmaka: Kosten im Detail

Die Gesamtkosten für Psychopharmaka lagen im Jahr 2009 bei 249 Mio Euro. Die Steigerung von 2006 bis 2009 betrug nahezu 30 Prozentpunkte.

Die Kosten pro Verordnung lagen im Jahr 2009 bei rund 21,5 Euro. Die Kosten pro Verordnung variierten allerdings stark nach dem Geschlecht: Bei Männern betragen sie rund 24 Euro, bei Frauen 20 Euro. Auch die Kosten pro Verordnung stiegen an, allerdings nur um 3% zwischen 2006 und 2009. Der Anstieg bei den Gesamtkosten ist damit stark auf den Anstieg der Verordnungen von rund 10% jährlich zurückzuführen (26 % Verordnungsanstieg von 2006 auf 2009, der Anstieg bei den Patienten betrug dagegen nur 12 %) (zu den jeweiligen Veränderungen siehe Abb. 63 im Anhang).

Die jährlichen Psychopharmaka-Gesamtkosten pro Psychopharmakapatient lagen im Jahr 2009 bei 251 Euro für Männer und 215 Euro für Frauen. Die Kosten pro Patient liegen in allen Altersgruppen bei Männern deutlich höher als bei Frauen. Dieser Kostenunterschied erscheint erklärungsbedürftig.

Die Kosten pro Verordnung variieren stark zwischen den Trägern: Die Bandbreite liegt zwischen 19 und 27 Euro pro Verordnung. Bezogen auf die Kosten pro Patient liegen die Unterschiede in Folge zwischen 195 und 286 Euro jährlich bei Männern und 93 und 228 Euro jährlich bei Frauen (zum Trägervergleich siehe Tab. 15 im Anhang).

Die Kosten pro Patient sind in den mittleren Altersgruppen der 21–60jährigen am höchsten, am geringsten in der Gruppe der unter-10jährigen.

In Summe wurden 89,5 Mio Euro im Jahr 2009 für *Antidepressiva* ausgegeben. Bei den Antidepressiva liegen die durchschnittlichen Kosten pro Patient im Österreich-Durchschnitt bei 120 Euro bei Männern und 128 Euro bei Frauen. Die Kosten pro Patient sind in der Gruppe der 41–60jährigen gleich hoch wie bei den Älteren. In der Gruppe der Antidepressiva liegen die Kosten pro Patient bei Frauen leicht über denen der Männer.

Die Unterschiede zwischen den Trägern reichen von 117 Euro pro Patient (WGKK) hin zu 139 pro Patient (TGKK) im Jahr 2009.

Für *Antipsychotika* wurden in Summe 92,9 Mio Euro im Jahr 2009 ausgegeben. Bei den Antipsychotika liegen die durchschnittlichen Kosten bei 502 Euro pro Patient bei Männern und 407 Euro bei Frauen. Die Kosten pro Patient sind in der Alterskohorte der 21–40jährigen am höchsten.

Tranquilizer verursachen jährliche Kosten von 8,4 Mio Euro. Pro Patient werden 46 Euro jährlich für Männer und 28 Euro für Frauen ausgegeben. Am höchsten sind die Ausgaben pro Patient in der Alterskohorte der 21–40jährigen.

Für *Antidementiva* werden 53,6 Mio Euro im Jahr 2009 ausgegeben. Pro Patient verursachten sie jährliche Kosten von 215 Euro pro Mann und 205 Euro pro Frau. Beachtenswert ist, dass Ginkgo-Produkte zwar 76 % aller Verordnungen betragen, jedoch aufgrund ihrer niedrigen Preise nur für 20 % aller Kosten bei den Antidementiva verantwortlich sind. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass 80 % der Gesamtkosten für Antidementiva auf 20 % der Verordnungen entfallen. In Anbetracht der demographischen Entwicklung ist damit zu rechnen, dass mit einer starken Kostenzunahme im Bereich der Antidementiva gerechnet werden muss.

3 Arbeitsunfähigkeit

Mag. Elisabeth Wallner (SGKK), Mag. Susanne Wein (SGKK)

Die Dimension Arbeitsunfähigkeit hat zum Ziel, das Thema Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Diagnosen möglichst umfassend in Zahlen darzustellen. Verwendet wurden die Daten der Gebietskrankenkassen für die Jahre 2007 bis 2009, da seit dem flächendeckenden Einsatz des Standardprodukts LGKK den Gebietskrankenkassen AU-Daten in guter Qualität zur Verfügung stehen. Die Auswertung der Daten erfolgte durch LEICON auf Basis von FOKO-Daten, die im Bereich der AU aus dem Standardprodukt LGKK stammen.

3.1 Zentrale Ergebnisse

Im Jahr 2009 waren insgesamt 78.028 Versicherte der Gebietskrankenkassen aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig (96.143 AU-Fälle). AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen sind mit 2,5% aller AU-Fälle nur eine kleine Gruppe innerhalb der AU-Fälle, die aber im Zeitverlauf deutlich stärker steigt als AU-Fälle mit somatischen Diagnosen. Während die somatischen AU-Fälle in den Jahren von 2007 – 2009 um rund 10% gestiegen sind, beträgt die Steigerungsrate der psychischen AU-Fälle im selben Zeitraum rund 22%. Die durchschnittliche Dauer der AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen ist zudem mit etwa 40 Tagen erheblich höher als jene mit somatischen Diagnosen, die durchschnittlich 11 Tage dauern. Innerhalb der Gruppe der psychischen AU-Fälle hatten rund 42% der Fälle einen Anspruch auf Krankengeld, während es in der Gruppe der somatischen AU-Fälle nur knapp 14% waren. Die durchschnittlichen Krankengeldkosten pro Krankengeld-Fall beliefen sich bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen auf 1.750 Euro, bei den somatischen AU-Fällen sind es durchschnittlich 730 Euro pro Krankengeld-Fall. Insgesamt beliefen sich die Krankengeldkosten auf Grund von psychischen Diagnosen auf rund 70 Millionen Euro (somatische Diagnosen: 375 Millionen Euro).

Bei den psychischen AU-Fällen ist der Frauenanteil mit rund 59% höher als derjenige der Männer mit rund 41%, bei den somatischen AU-Fällen ist hingegen der Männeranteil mit 53% höher als derjenigen der Frauen mit 47%.

Der größte Anteil der AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen entfällt mit 56% auf die Gruppe der Versicherten „mittleren Alters“ (31–50jährige), 16 % aller AU-Fälle fallen auf die Gruppe der über 50jährigen und bei den 15–30jährigen sind es 28 %. Im Vergleich dazu haben bei den somatischen Erkrankungen mit etwa einem Viertel aller Fälle die 21–30jährigen den größten Anteil.

Sehr deutlich geht aus den Zahlen hervor, dass Arbeitslose besonders stark von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betroffen sind: Gerechnet auf 1000 Anspruchsberechtigte sind Arbeitslose mit 95 psychischen AU-Fällen rund viermal so häufig betroffen als Angestellte mit 23 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Arbeiter mit 22 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte. Bei den somatischen AU-Fällen sind es hingegen bei den Arbeitern 1.317 Fälle auf 1000 ASP, bei den Arbeitslosen 795 Fälle auf 1000 ASP und bei den Angestellten 461 Fälle auf 1000 ASP. Zudem unterscheidet sich die Verteilung der einzelnen psychischen Diagnosen bei den Arbeitslosen, Angestellten und Arbeitern erheblich voneinander.

Erläuterung zur inhaltlichen Aussagekraft der Daten:

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass es bei Arbeitsunfähigkeitsmeldungen wegen psychischer Diagnosen ein großes Dunkelfeld gibt. Ob und in wie vielen Fällen somatische Diagnosen angeführt werden, in denen eigentlich eine psychische Diagnose vorliegt oder zumindest im Vordergrund steht, kann nicht abgeschätzt werden. Ebenso ist schwer zu beurteilen, ob die Fallzahlensteigerungen bei den AUs wegen psychischer Diagnosen auf eine tatsächliche Steigerung von psychischen Erkrankungen zurückzuführen sind oder (zumindest teilweise) durch eine stärkere Enttabuisierung des Themas erklärbar ist, die unter Umständen dazu geführt hat, dass psychische Diagnosen öfter auf Arbeitsunfähigkeitsmeldungen angegeben werden. Ob darüber hinaus das Thema psychische Erkrankungen in manchen Bundesländern bereits stärker enttabuisiert ist als in anderen oder es diesbezüglich eine gewisse Stadt/Land - Gefälle gibt, das sich unter Umständen auf die Diagnoseangaben der Arbeitsunfähigkeitsmeldungen auswirkt, kann ebenfalls nicht beurteilt werden. Auch wenn diese Punkte nicht wirklich abgeschätzt oder tatsächlich beurteilt werden können, sollten sie bei der Betrachtung der Zahlen mitbedacht werden.

Im Standardprodukt LGKK kann nur eine Diagnose in Form eines ICD-10 Codes ins System eingegeben werden. Auch wenn auf einer Arbeitsunfähigkeitsmeldung ursprünglich vom Arzt mehrere Diagnosen angeführt wurden, scheint in der Auswertung trotzdem nur eine auf.

Die Verschlüsselung der Diagnosen in ICD-10 Codes erfolgt durch Sachbearbeiter in den Gebietskrankenkassen. Aufgrund dessen kann es sein, dass es bei manchen Diagnosen, die unter Umständen nicht eindeutig einem einzigen ICD-10 Code zugeordnet werden können, eine unterschiedliche Vorgehensweise bei der Verschlüsselung in den einzelnen Trägern gibt (zu denken ist dabei etwa an die Diagnose „Burn Out“).

Kurze Krankenstände von drei oder weniger Tagen sind in den Daten nur teilweise erfasst, je nachdem ob für diese eine Arbeitsunfähigkeitsmeldung an die Gebietskrankenkassen übermittelt wurde und diese in Folge ins System eingegeben wurden.

Erläuterung zur Auswertung:

Unter dem Begriff „psychische Diagnosen“ werden im Folgenden alle F-Diagnosen sowie die Diagnosen Z 73 (Neurasthenie) und Z 76 (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen) subsumiert.

Die Unterteilung der psychischen Erkrankungen erfolgt gemäß ICD-Klassifikation wie folgt:

F00 – F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F10 – F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F20 – F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F30 – F39: Affektive Störungen

F40 – F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F50 – F99: diese wurden als „sonstige psychische Störungen“ zusammengefasst

Z73 (Neurasthenie) und Z76 (Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen). Unter diesen beiden ICD-Codes wird auch die Diagnose „Burn Out“ verschlüsselt. Es ist jedoch zu beachten, dass die Diagnose „Burn-out“ auch mit anderen ICD-10 Codes verschlüsselt werden kann und dies in der Praxis auch geschieht (z.B.: F48.0).

Wenn nicht anders bezeichnet handelt es sich um Daten aus dem Jahr 2009.

3.2 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen/ Allgemeine Darstellung

Im Jahr 2009 verzeichneten die Gebietskrankenkassen insgesamt 3.909.720 AU-Fälle. Dies bedeutet eine Steigerung von rund 9,7 % im Vergleich zum Jahr 2007, in dem es insgesamt 3.558.926 AU-Fälle waren.

Von den 3.909.720 AU-Fällen im Jahr 2009 waren 96.143 AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen, im Jahr 2007 waren es insgesamt 78.853 psychische AU-Fälle

Bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte sind dies 579 AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen und 15 AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen im Jahr 2009.

Werden die Fälle nach Patienten erfasst, so hatten im Jahr 2009 insgesamt 78.028 Patienten, davon 31.489 Männer und 46.539 Frauen aufgrund einer psychischen Diagnose eine AU zu verzeichnen. Bezogen auf die somatischen Diagnosen bei den AU-Fällen aller Anspruchsberechtigten waren es im selben Beobachtungsjahr 1.848.647 Patienten (1.001.335 Männer und 847.312 Frauen, das Geschlechterverhältnis ist hier somit umgekehrt) (zu den Patienten auf 1000 ASP siehe Abb. 1–2 im Anhang).

Die AU-Fälle aufgrund von psychischen Diagnosen sind von 2007 bis 2009 um rund 22 % gestiegen. Die Steigerung der AU-Fälle mit somatischen Diagnosen betrug im selben Zeitraum 9,6 %. (Abb. 3 im Anhang) Der Anteil der psychischen AU-Fälle an allen AU-Fällen betrug 2009 2,5 %, im Jahr 2007 waren es 2,2 % aller AU-Fälle.

Die durchschnittliche Dauer aller AU-Fälle beträgt 12,06 Tage (2009). Die durchschnittliche Dauer der AU-Fälle mit psychischen Diagnosen ist mit 40,23 Tagen signifikant höher als jene der AU-Fälle aufgrund von somatischen Diagnosen, die 11,35 Tage beträgt (2009). Auch die Unterschiede zwischen den Trägern sind bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen höher als dies bei den somatischen Diagnosen der Fall ist (Abb. 4 im Anhang).

Innerhalb der psychischen AU-Fälle ist die durchschnittliche Dauer pro AU-Fall am höchsten bei der Gruppe F20 – F29 (Schizophrenie) mit 54 Tagen, gefolgt von den Diagnosen Z73 und Z76 mit knapp 50 Tagen pro Fall. Fälle von affektiven Störungen (F30–F39) sowie „sonstigen psychischen Diagnosen“ (F50–F99) weisen eine durchschnittliche AU-Dauer von 44 Tagen auf; Diagnosen aus F00–F09, F40–F49 und F10–F19 haben in den beobachteten Gruppen die kürzeste Falldauer mit etwa 33 Tagen (Abb. 5 im Anhang).

Im Jahr 2009 haben insgesamt 554.952 AU-Fälle einen Anspruch auf Krankengeld ausgelöst. Davon waren 40.306 Fälle aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig, 514.646 aufgrund einer somatischen Diagnose. Innerhalb der psychischen AU-Fälle hatten 41,9 % Anspruch auf Krankengeld, bei den somatischen AU-Fällen waren es hingegen nur 13,5 %.

Die Krankengeld-Kosten pro AU-Fall mit psychischer Diagnose ist mit durchschnittlich 1.752 Euro pro Fall deutlich höher als bei den AU-Fällen mit somatischen Diagnosen, die durchschnittlich Kosten von 729 Euro pro AU-Fall verursachten. Ist eine psychisch erkrankte Person („Personen die Leistungen der Krankenversicherung auf Grund psychischer Erkrankungen erhalten haben“¹¹) aufgrund einer somatischen

¹¹ Die „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ bildet sich wie folgt: Grundgesamtheit sind alle Personen/Fälle, die im jeweiligen Jahr entweder ein Psychopharmakum verordnet bekamen, einen stationären Aufenthalt aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10 hatten oder

Diagnose arbeitsunfähig, so sind die Kosten pro AU-Fall mit 846 Euro etwas höher als bei der Gruppe der nicht psychisch Erkrankten (2009; für die Berechnung der durchschnittlichen Kosten pro Fall wurden nur jene AU-Fälle herangezogen, die tatsächlich Krankengeld-Kosten verursachten).

Innerhalb der AU-Fälle mit psychischen Diagnosen stellt die Gruppe der affektiven Störungen die Größte dar (53,1 %), gefolgt von den neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (27,4 %). Drittstärkste Gruppe sind Verhaltensauffälligkeiten durch psychotrope Substanzen (10,2 %), es folgen Schizophrenien (3,4 %). Die Gruppen F00–09, F50–99, Z73 und Z76 ergeben zusammen 5,8 % aller Fälle. (Abb. 6 im Anhang; eine Gesamtdarstellung aller psychischen Diagnosen im Trägervergleich sowie die Darstellungen der einzelnen Diagnosen im Trägervergleich finden sich in den Abb. 7–12 im Anhang).

Eine Betrachtung jener Gruppe von Versicherten, die das Gesundheitssystem auf Grund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben¹² zeigt, dass diese aufgrund somatischer Erkrankungen im Schnitt 3,1 AU-Fälle pro Patient mit 16,6 AU-Tagen aufweist. Im Gegensatz dazu sind es bei Personen, die nicht zu dieser Gruppe gehören (Betrachtung aller anderen ASP) im jährlichen Durchschnitt (2009) 2,1 AU-Fälle pro Patient mit 11,4 Tagen. Das bedeutet, dass die Gruppe von Versicherten, die das Gesundheitssystem auf Grund einer psychischen Erkrankung in Anspruch genommen haben, nicht nur aufgrund psychischer, sondern auch aufgrund somatischer Diagnosen durchschnittlich sowohl mehr als auch längere AUs im Vergleich zu den anderen Anspruchsberechtigten aufweisen.

3.3 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Geschlecht

Von den insgesamt 96.143 identifizierten AU-Fällen mit psychischen Diagnosen waren 39.446 AU-Fälle von Männern (das sind durchschnittlich 12,6 männliche Patienten pro 1000 ASP) und 56.697 AU-Fälle von Frauen (16,3 weibliche Patienten auf 1000 ASP). Der Frauenanteil ist bei AU-Fällen mit psychischen Diagnosen mit rund 59% höher als derjenige der Männer mit rund 41%.

Bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen ist folgende Verteilung zwischen den Geschlechtern feststellbar: im Jahr 2009 waren bei den GKKs insgesamt 2.029.773 männliche Fälle (53 %) und 1.785.897 weibliche Fälle (47 %) von Arbeitsunfähigkeiten zu verzeichnen. Das Verhältnis Männer-Frauen ist somit bei den Arbeitsunfähigkeiten aufgrund somatischer Diagnosen ausgeglichener als dies bei den psychischen Diagnosen der Fall ist (Fälle pro 1000 ASP siehe Abb. 13 und 14 im Anhang).

Die durchschnittliche Dauer eines AU-Falls mit psychischer Diagnose ist bei Frauen mit 41,2 Tagen leicht höher als bei Männern mit 39,7 Tagen. Dies ist bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen

aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig waren. Überschneidungen (bspw. Patienten mit Psychopharmaka und stationärer Aufenthalt) wurden nicht doppelt erfasst.

¹² Die „Inanspruchnahme des Gesundheitssystems“ bildet sich wie folgt: Grundgesamtheit sind alle Personen/Fälle, die im jeweiligen Jahr entweder ein Psychopharmakum verordnet bekamen, einen stationären Aufenthalt aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10 hatten oder aufgrund einer psychischen Diagnose arbeitsunfähig waren. Überschneidungen (bspw. Patienten mit Psychopharmaka und stationärer Aufenthalt) wurden nicht doppelt erfasst.

umgekehrt: Männer sind mit durchschnittlich 11,7 Tagen pro Fall länger arbeitsunfähig als Frauen mit 10,9 Tagen pro Fall. (Tab. 1 im Anhang).

Die prozentuelle Verteilung der AU-Fälle zwischen Männern und Frauen innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen sieht folgendermaßen aus (alle Gebietskrankenkassen) (Abb. 15 im Anhang): F00 – F09: Männer 48,1 %, Frauen 51,9 %; F10 – F19: Männer 75,4 %, Frauen 24,6 %; F20 – F29: Männer 51,4 %, Frauen 48,6 %; F30 – F39: Männer 36,3 %, Frauen 63,7 %; F40 – F48: Männer 35,3 %, Frauen 64,7 %; F50 – F99 „Männer 43,1 %, Frauen 56,9 %; Z73 und Z76: Männer 36,9 %, Frauen 63,1 %.

Auffällig ist, dass der jeweilige Frauen- und Männeranteil bei den einzelnen Diagnosegruppen zwischen den Gebietskrankenkassen zum Teil unterschiedlich ist. (siehe Abb. 16 bis 22 im Anhang)

3.4 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Alter

Die Verteilung der psychischen AU-Fälle auf die Altersgruppen zeigt, dass den größten Anteil die 41–50jährigen mit 30,7 % aller psychischen AU-Fälle einnehmen, gefolgt von der Gruppe der 31–40jährigen mit 25,2 % Anteil. Das bedeutet, dass mehr als die Hälfte aller AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen in der Gruppe der Versicherten „mittleren Alters“ auftreten. Die verbleibenden 45 % sind auf die über 50jährigen (16 %) sowie auf Personen verteilt, die zum Teil erst kürzlich ins Erwerbsleben eingetreten sind (15–30 Jahre, 28 %) (Abb. 23 im Anhang). Bezogen auf die Geschlechter variiert die Verteilung der Altersgruppen bei den psychischen Diagnosen nur geringfügig.

Bei den AU-Fällen aufgrund somatischer Diagnosen findet sich der höchste Anteil in der Altersgruppe der 21–30jährigen mit 25,3 %, gefolgt von den 41–50jährigen (23,1 %) und 31–40jährigen (22,2 %). Der Anteil der 15–20jährigen sowie der 51–60jährigen macht zusammen fast 29 % aller somatischen AU-Fälle aus. (Abb. 24 im Anhang). Aus den Daten ist ersichtlich, dass innerhalb der somatischen Diagnosen der prozentuelle Schwerpunkt der AU-Fälle bei den unter 40jährigen liegt (fast 63 % aller AU-Fälle), während dies bei den psychischen Diagnosen zwischen den unter 40jährigen (53 %) und über 40jährigen (47 %) eher ausgeglichen ist.

Die durchschnittliche Dauer pro AU-Fall wegen psychischer Diagnosen ist in der Gruppe der 51 – 60jährigen mit 50,7 Tagen am höchsten. Am zweithöchsten ist die durchschnittliche Dauer bei den 41–50jährigen mit 46,2 Tagen, gefolgt von den 31–40jährigen mit 40,4 Tagen, den 61–70jährigen mit 37,6 Tagen, den 21–30jährigen mit 31,9 Tagen und schließlich den 15–20jährigen mit 20,5 Tagen. Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Dauer pro AU-Fall sind erst ab der Altersgruppe der 31–40jährigen bemerkbar: während die Frauen in der Gruppe der 31–40jährigen und 41–50jährigen länger als die Männer in AU sind, dreht sich dieses Verhältnis ab der Gruppe der 51–60jährigen um. (Abb. 25 im Anhang)

3.5 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen und Erwerbsstatus

Insgesamt gab es im Jahr 2009 in der Gruppe der Angestellten 37.910 AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen, in der Gruppe der Arbeitslosen waren es 29.810 und bei den Arbeitern 27.564 psychische AU-Fälle.

Wenn die psychischen AU-Fälle von Angestellten, Arbeitern und Arbeitslosen auf 1000 Anspruchsberechtigte berechnet werden, zeigt sich, dass die Arbeitslosen mit 94,9 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte rund viermal so häufig von Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen betroffen sind als Angestellte mit 23,1 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Arbeiter mit 22,3 psychischen AU-Fällen pro 1000 Anspruchsberechtigte¹³ (Abb. 26 im Anhang).

Im Vergleich dazu sind es bei den somatischen Diagnosen bei den Arbeitern 1.317 Fälle auf 1000 ASP, bei den Arbeitslosen 795 auf 1000 ASP und bei den Angestellten beläuft sich die Zahl auf 461 AU-Fälle pro 1000 ASP aufgrund einer somatischen Diagnose (Abb. 27 im Anhang).

Die Anteile der einzelnen psychischen Diagnosegruppen an den AU-Fällen wegen psychischer Erkrankung sind bei den Angestellten, Arbeitern und Arbeitslosen zum Teil sehr unterschiedlich (Abb. 28–30 im Anhang):

Angestellte: 45,1 % affektive Störungen (F30 – F39); 28,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 15,9 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 4,6 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76); 3 % Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 2,1 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09)

Arbeiter: 52 % affektive Störungen (F30 – F39); 30 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 9,4 % psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 4,1 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 1,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09); 0,4 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76)

Arbeitslose: 55,0 % affektive Störungen (F30 – F39); 19,4 % psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F 19); 17,2 % neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen (F40 – 48); 3,8 % Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20 – F29); 2,9 % „sonstige psychische Störungen“ (F50 – 99); 0,5 % organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00 – F09); 0,1 % Neurasthenie und Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen (Z 73 und Z 76)

Besonders augenscheinlich ist hierbei, dass bei den Arbeitslosen die Gruppe „Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ mit 19,4 % die zweitstärkste Gruppe darstellt, diese hingegen bei den Arbeitern nur eine weitaus geringere (9,4 %) und bei den Angestellten kaum eine Rolle (3 %) spielt. Ebenso auffällig

¹³ Für die Gesamtzahl der ASP nach Erwerbstätigkeit (Arbeiter, Angestellte) wurden die Daten aus den statistischen Handbüchern der österreichischen Sozialversicherung (HVB, 2008 – 2010) herangezogen; für die Gesamtzahl der ASP innerhalb der Gruppe der Arbeitslosen wurden Daten vom FTP-Server des HVB (Statistikdatenbank) verwendet.

ist, dass bei den Angestellten die „sonstigen psychischen Störungen“ (dies beinhaltet „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, „Intelligenzstörung“, „Entwicklungsstörungen“, „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ und „Nicht näher bezeichnete psychische Störungen“) mit 29 % eine große Gruppe darstellt, diese hingegen bei den Arbeitslosen nur 2,9 % und bei den Arbeitern nur 1,9 % aller AU-Fälle ausmacht.

Während die durchschnittliche AU-Dauer bei somatischen Diagnosen bei Arbeitslosen mit 7,3 Tagen niedriger ist als bei Angestellten (10,9 Tage) und Arbeitern (11,7 Tage), ist sie bei den AU-Fällen aufgrund psychischer Diagnosen bei Arbeitslosen mit 49,3 Tagen deutlich höher als bei Angestellten (39,2 Tage) und Arbeitern (34 Tage). (Tab. 2 im Anhang)

3.6 Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen – Versuch einer Landkarte

Im Bereich der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen stellt sich abschließend die Frage der Verteilung innerhalb Österreichs. Aus diesem Grund wurde eine Landkarte mit den prozentuellen Anteilen der Patienten, die aufgrund einer F-Diagnose arbeitsunfähig waren, an der jeweiligen Gesamtbevölkerung (Einteilung nach politischen Bezirken) gezeichnet (Abb. 31 im Anhang). Die Einteilung wurde wie folgt festgelegt:

- „geringer Anteil“: 0,34 % bis 0,66 % Anteil an der Bevölkerung
- „mittlerer Anteil“: 0,67 % bis 0,91 % Anteil an der Bevölkerung
- „hoher Anteil“: 0,91 % bis 1,62 % Anteil an der Bevölkerung

Anhand der Landkarte können folgende Feststellungen getroffen werden:

Von insgesamt 99 politischen Bezirken sind 24 Bezirke mit einem „geringen Anteil“, 51 Bezirke mit einem „mittleren Anteil“ und weitere 24 Bezirke mit einem „hohen Anteil“ an Patienten, die aufgrund einer psychischen Diagnose als arbeitsunfähig galten, zu zählen.

Auffallend ist, dass alle neun Landeshauptstädte der Gruppe mit einem „hohen Anteil“ der AU aufgrund psychischer Diagnose an der Bevölkerung einzustufen sind – auch 13 von insgesamt 15 Statutarstädten (mit Ausnahme Waidhofen an der Ybbs/NÖ und Rust/B) fallen in diese Kategorie.

Hohe Anteile außerhalb der Landeshauptstädte finden sich zudem in Vorarlberg, den Bezirken rund um die Stadt Salzburg (Salzburg-Umgebung, Hallein, Braunau und Vöcklabruck) sowie im südöstlichen Niederösterreich. Die geringsten Anteile sind im nördlichen Niederösterreich (Waldviertel, Wachau), in der östlichen Steiermark sowie in einem Großteil Kärntens zu finden.

Die Korrelation der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen mit verfügbaren Arbeitsplätzen (Beschäftigungsvolumen) sowie dem Bevölkerungsalter scheint aufgrund der getätigten Beobachtungen nahe liegend, kann jedoch aufgrund der Datenlage derzeit nicht untermauert werden und bedarf zur Hypothesenüberprüfung einer näheren Untersuchung.



4 Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

4.1 Vorbemerkung

Im Bereich der ärztlichen Hilfe gestalten sich exakte Darstellungen schwierig. Beispielsweise können die im Rahmen einer „normalen“ Ordination abgerechneten Leistungen nicht dem Bereich der „psychischen Krankheiten“ zugeordnet werden, da Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Österreich nicht verpflichtet sind, bei ihrer Abrechnung codierte und damit auswertbare Diagnosen zu liefern.

Mit der Einführung einer verbindlichen Codierung (besser als ICD-10 wäre der von der Sozialversicherung angedachte RC-Code) könnte eine bedeutende Steigerung der Qualität der Datenlage bewirkt werden.

Hier sei gleich vorweggenommen, dass uns die AllgemeinmedizinerInnen das wohl umfassendste Bild der Krankheitslast in der Bevölkerung liefern könnten: Mehr als 90% aller PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, haben regelmäßig auch Kontakt zu ihrer Allgemeinmedizinerin/ihrem Allgemeinmediziner.

4.2 Methodischer Ansatz

Für die hier vorgenommenen Bewertungen, Schätzungen und Aussagen wurde derart vorgegangen, dass die in der Sozialversicherung bestehenden Instrumente – je nach Fragestellung unterschiedlich – eingesetzt wurden. Besonders hervorzuheben ist die gute Kooperation mit LEICON (Projekt der Sozialversicherung, betreut von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse).

4.3 Wichtige Trends

Zugrundegelegt wird die anhand von Medikamentenverordnungen, stationären Aufenthalten und AU-Meldungen festgemachte Höchstzahl an PatientInnen, die das Gesundheitssystem aufgrund psychischer Beschwerden in Anspruch genommen haben, von ca. 900.000.

Diese Patientinnen und Patienten haben – im Vergleich zu solchen mit anderen Krankheiten – eine sehr hohe Kontaktrate zu den AllgemeinmedizinerInnen; bei allen Versicherungsträgern liegt diese über 90%.

Die Kontaktrate mit einschlägigen Fachärztinnen und Fachärzten (der Fachgruppen 11, 19 und 20 Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie bzw. Psychiatrie und Neurologie sowie Fachärzte für Psychiatrie) beträgt – bei doch signifikanten Trägerunterschieden – ca. 20%.

Rechnerisch ergibt dies eine Zahl von mehr als 200.000 Patientinnen und Patienten, die zu einem der relevanten Fachärztinnen und Fachärzte Kontakt gehabt haben.

Wie unten näher ausgeführt wird, ist diese Zahl aber keineswegs aussagekräftig dafür, dass derart viele Patientinnen und Patienten tatsächlich in psychiatrischer Facharztbehandlung stehen.

Die überwiegende Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte ist im Doppelfach ausgebildet.



Die Honorarordnungen der Krankenversicherungsträger verstärken diesen Effekt; außer im Bereich der Salzburger Gebietskrankenkasse existieren keine separaten Honorarkataloge für psychiatrische Leistungen.

60% aller psychiatrischen Leistungen sind diagnostische Leistungen, 40% Behandlungsleistungen.¹⁴ Die Zahl reiner psychiatrischer Patientinnen und Patienten liegt hochgerechnet bei ca. 120.000 (Basis der Hochrechnung sind Zahlen der SGKK).

4.4 Grundsätzliches zur ärztlichen Behandlung psychischer Krankheiten und Störungen

AllgemeinmedizinerInnen und Fachärzte/Fachärztinnen für Psychiatrie und/oder Neurologie (mit PSY-Diplom/en) sind neben PsychotherapeutInnen AnbieterInnen psychotherapeutischer Leistungen für die soziale Krankenversicherung. Die quantitative Darstellung dieser Leistungen befindet sich unter dem Berichtsteil „Dimension 1 – Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin“.

Mit dem ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin (PSY3) erlangen Ärztinnen/Ärzte die volle psychotherapeutische Kompetenz zur selbständigen Ausübung von psychotherapeutischer Medizin. Ärztinnen/Ärzte mit PSY3-Diplom können somit Psychotherapie vor dem Hintergrund ihres ärztlichen Fachwissens und ihrer ärztlichen Berufsidentität auf einem hohen Qualitätsstandard durchführen.

Der Hintergrund für diese umfassenden Zusatzausbildungen für Ärztinnen/Ärzte im psychotherapeutischen Bereich liegt darin, eine begründete Basis für eine Verrechnungsmöglichkeit zu erhalten. Das Angebot von „Psychotherapie“ bleibt den Psychotherapeut/innen vorbehalten, Ärztinnen/Ärzte dürfen psychotherapeutische Leistungen separat nur im Bereich der psychotherapeutischen Medizin verrechnen. Im Rahmen einer „normalen“ Ordination dürfen zwar psychotherapeutische Leistungen erbracht, jedoch nicht gesondert verrechnet werden.

Die vom ärztlichen Berufsstand erbrachten Leistungen betreffend psychische Gesundheit werden vor allem von folgenden Fachgruppen erbracht:

01-Arzt für Allgemeinmedizin, 08-Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde,

11-Facharzt für Neurologie und Psychiatrie/Psychiatrie und Neurologie,

19-Facharzt für Neurologie, 20-Facharzt für Psychiatrie,

32- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Schwer abzuschätzen sind die Aufwendungen der Krankenversicherung für andere ärztliche Leistungen als psychotherapeutische Medizin (vgl. „Dimension Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin“) und psychiatrische Hilfe (vgl. gleich unten 4.5.). Angesprochen sind etwa die Kosten für Allgemeinmediziner, welche im Zuge der Medikamentenverordnung anfallen. Diese werden auf Basis der Ärztekostenstatistik im HV, Daten aus Leicon, und eigener Berechnung mit 100 – 150 Mio. Euro pro Jahr geschätzt.

¹⁴ Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2010) Prävalenzstudie zu psychiatrischen Erkrankungen in Österreich. Nicht publiziert



4.5 Fachärztliche Hilfe

Es gibt noch immer überwiegend niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit den „alten“ Doppelfächern Psychiatrie und Neurologie.

Gesprächsleistungen nehmen einen geringen Anteil am Leistungsgeschehen ein.

Die im Rahmen der Zuordnung der psychotherapeutischen Medizin zur Psychotherapie zusammengeführten Honorarordnungspositionen lauten:

Psychosomatisch orientiertes Diagnose- und Behandlungsgespräch (i.d.R. 20 Minuten)

Psychotherapeutisch orientierte Abklärung vor Beginn der geplanten psychotherapeutischen Behandlung (mind. 50 Minuten)

Psychotherapeutische Medizin (mind. 20, 25 oder 30 Minuten)

Psychotherapeutische Medizin (mind. 50 oder 60 Minuten)

Psychotherapie/Gruppe (50–90 Minuten)

Der Gesamtumsatz der genannten Meta-Tarifpositionen betrug für alle genannten Fachärztinnen und Fachärzte im Jahr 2008 ca. 4,4 Mio. Euro, das ist weniger als 10% des Gesamtaufwandes laut Ärztekostenstatistik für Neurologie und Psychiatrie.

Die Schwerpunkte der reinen Psychiatrietätigkeit liegen mit ca. 60% bei den Diagnostikleistungen.

Schätzungsweise gibt es 6% Aufwand zusätzlich für Wahlartzkosten im Facharztbereich, wobei dieser bei den rein psychotherapeutischen Gesprächsleistungen höher sein dürfte (dies wird durch die Zahlen zur Dimension Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin bestätigt).

Verbesserungen der psychiatrischen Versorgung erwartet man sich mit der Etablierung des Sonderfachs „Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin“.

Österreichweit hochgerechnet (auf Basis von Daten der SGKK und Leicon) werden für alle anderen psychiatrischen Leistungen ca. 31 Mio. Euro (2009) aufgewendet.

4.6 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Mittlerweile sind einige Absolventinnen und Absolventen dieses jungen Sonderfachs niedergelassen. Die Österreichische Ärztekammer fordert vehement die Schaffung von Planstellen.

Die Sozialversicherung hat sich hier vorläufig sehr zurückgehalten. Im Wesentlichen gibt es nur zwei Modellversuche im ambulanten Bereich, nämlich das Ambulatorium für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nordburgenland mit Sitz in Eisenstadt, sowie ein Pilotprojekt mit zwei niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten in Niederösterreich.

Nimmt schon der diagnostische Anteil bei den Psychiatern etwa 60% ein, wird dieser Anteil von unseren Experten Dr. Dantendorfer und Dr. Hollerer im Kinder- und Jugendlichenpsychiatriebereich noch höher angesetzt.

Für die Behandlung der jungen Patientinnen und Patienten ist nach Expertenmeinung eine gezielte, möglichst institutionalisierte, interdisziplinäre und multimodale Vorgehensweise notwendig. Hier sei noch viel stärker ein verbindlicher Behandlungsplan einzuhalten und der Behandlungsbedarf kontinuierlich abzustimmen.



4.7 Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin

Diese tragen unbestritten die Hauptlast der Versorgung der psychisch Kranken, und genau über diese Hauptlast wissen wir am wenigsten (mit Ausnahme der Medikamentenverordnung, hinsichtlich der in Dimension 3 nachgewiesen wird, dass 68% über die AllgemeinmedizinerInnen erfolgt).

Hier scheint Optimierungsbedarf gegeben zu sein. In diesem Berichtsteil kann noch Folgendes zur Erhellung der Problematik beigetragen werden: AllgemeinmedizinerInnen, welche das Weiterbildungsprogramm bis zum PSY III Diplom absolviert haben, leisten zusätzlich zur Medikation auch psychotherapeutische Medizin.

Leider ist es aber so – und dies wird von den Experten auch als kritisch angesehen – dass die Psychiatrie in der klinischen Ausbildung zur Allgemeinmedizinerin/zum Allgemeinmediziner kein Pflichtfach ist.

4.8 Außerstationäre Versorgungsangebote

4.8.1 Einleitung

Laut ÖSG 2006 ist eine ausreichende Anzahl von ambulanten und komplementären Einrichtungen und Diensten für PatientInnen mit psychischen Erkrankungen vorzuhalten. Der ÖSG 2006 sah eine Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten und komplementären Versorgung vor, die im Jahr 2008 durch die GÖG/ÖBIG erfolgte (GÖG/ÖBIG 2008b). Im Rahmen der Evaluierung wurden die folgenden Bereiche berücksichtigt: Psychosoziale Beratung, Psychosoziale Notdienste, Wohnangebote, tagesstrukturierende Angebote, Klubeinrichtungen, Berufliche Integration, Selbsthilfegruppen (Betroffene und Angehörige), Laienhilfe.

4.8.2 Außerstationäre Versorgungsangebote

Zu diesen vielfältigen Angeboten leisten die Krankenversicherungsträger pauschale Zuzahlungen auf individueller Vertragsbasis, z.B. Sozialpsychiatrisches Zentrum in Spittal/Kärnten (berufliche Rehabilitation, umfassende Betreuung usw.). Kostenaufteilung: 1/3 KGKK, 2/3 Land Kärnten.

Am wichtigsten erscheinen in diesem Zusammenhang die psychosozialen Notdienste.

Eigene Notdienste haben Kärnten, Oberösterreich und Salzburg eingerichtet. Dieses Angebot wird stark in Anspruch angenommen. In Salzburg (zwei Einrichtungen) gab es im vergangenen Jahr 586 ambulante und 7.580 telefonische Kontakte; diese Tätigkeit wurde von rund vier VZÄ geleistet. In Oberösterreich wurden von sechs Einrichtungen 7.948 Interventionen geleistet, wobei nicht zwischen persönlichem und telefonschem Kontakt unterschieden werden kann. Kärnten betreibt zwei Einrichtungen, die 189 Personen betreuen. Der PSD Wien betreibt einen Not- und Krisendienst, der aufgrund der geringen Personalbesetzung den Bedarf nicht decken kann und nur selten Patientinnen und Patienten in Krisen aufsuchen kann.

Eine Sonderstellung nimmt das Burgenland ein, wo der Not- und Krisendienst vom allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst wahrgenommen wird, in dem 29 burgenländische Ärztinnen und Ärzte tätig sind. Die Idee der Versorgung durch Allgemeinmedizinerinnen und –mediziner steht unter dem Motto „Psychiatrischer Notfall ist medizinischer Notfall“. Ein eigener Not- und Krisendienst ist im Burgenland derzeit aus finanziellen Gründen nicht geplant, außerdem wäre der flächendeckende Betrieb bei



vergleichsweise geringen Fallzahlen ineffizient. Die beteiligten Ärztinnen und Ärzte sind zu einer spezifischen Ausbildung verpflichtet.

5 Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

5.1 Vorbemerkung

Ursprünglich war im Projekt angedacht, dass die Dimensionen der Betrachtung der Versorgung psychisch Kranker die Anbieterstrukturen abbilden sollen.

Aus folgenden Gründen wird hier von dieser Systematik teilweise abgegangen: Die Bereiche der psychotherapeutischen Medizin und der Psychotherapie sind nur mit verhältnismäßig großem Aufwand und selbst dann nicht klar und durchgängig abgrenzbar. Kennzahlen der Krankenversicherungsträger weisen immer beide Bereiche aus. Die Darstellung des Leistungsgeschehens lässt sich nur über beide Bereiche gemeinsam vernünftig sichtbar machen. Die berufsrechtliche Abtrennung in Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin ist für die Patientinnen und Patienten auch nicht erkennbar.

5.2 Einleitung¹⁵

Ziel einer Psychotherapie ist es, seelisches Leid zu heilen oder zu lindern, in Lebenskrisen zu helfen, problematische Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die persönliche Entwicklung und Gesundheit zu fördern.

Die Ausübung der Psychotherapie ist seit 1991 gesetzlich geregelt (Psychotherapiegesetz, BGBl 1990/361).

Bis zu diesem Zeitpunkt besaßen lediglich ausgebildete Ärztinnen und Ärzte die „Lizenz“ zum Eingriff in die geistige und seelische Integrität der Patientinnen und Patienten. In der Folge hat die Ärzteschaft eigene Weiterbildungsinstrumentarien entwickelt, um „Psychotherapie“ weiterhin, aber eben als „psychotherapeutische Medizin“ ausüben und mit den Krankenversicherungsträgern verrechnen zu können. Nähere Beschreibungen zu dieser Thematik finden sich im Berichtsteil zur Dimension „Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote“.

Im Jahr 1991 wurde mit der 50. Novelle zum ASVG (in Geltung ab 1.1.1992) Psychotherapie im Leistungsrecht der ärztlichen Hilfe gleichgestellt, so sie Krankenbehandlung ist und durch Personen erbracht wird, die gemäß dem Psychotherapiegesetz zur selbständigen Ausübung dieser Therapieform berechtigt sind. Die Einbeziehung der Berufsgruppe der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ins Leistungsrecht erfolgte durch Anfügung der gemäß § 11 des Psychotherapiegesetzes zur selbständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigten Personen in die Liste jener Berufsgruppen, die gemäß § 135 Abs 1 ASVG betreffend der Erbringung ärztlicher Hilfe den Ärztinnen und Ärzten gleichgestellt sind.

¹⁵ BMG (Hg.) 2006b: Psychotherapie. Wenn die Seele Hilfe braucht. Informationsbroschüre. Bundesministerium für Gesundheit. Wien



Am 31.12.2009 waren 6.908 Personen in der entsprechenden Liste des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) eingetragen und damit zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt. Dies entspricht einer Dichte von 8,3 Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner.

Psychotherapie nach dem Berufsgesetz ist ein derart weites Feld, dass zur näheren Bestimmung der Gegenstand für die Zwecke der Sozialversicherung abgegrenzt werden muss. Psychotherapie wird zweckmäßigerweise als normierte, lehr- und lernbare, zielorientierte, theoriegestützte, evidenzbasierte und qualitätsgesicherte Krankenbehandlung interpretiert. Die Definition des Begriffs Psychotherapie in § 1 Psychotherapiegesetz orientiert sich am Gesundheitsbegriff der WHO und geht weit über den Begriff der Krankenbehandlung in § 133 ASVG hinaus.

Demzufolge können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur insoweit Leistungserbringer in der Krankenversicherung sein, als ihre Tätigkeit sich in die Grenzen der Leistungspflicht und die Verfahrensregeln der Krankenversicherung einfügt.

Im Zuge der 50. ASVG-Novelle wurde auch § 131b ASVG eingeführt, wonach die Satzung des Krankenversicherungsträgers solange Kostenzuschüsse vorzusehen hat, als keine Verträge bestehen. Es gibt keinen Gesamtvertrag für Psychotherapie, jedoch solide Sachleistungsversorgungen, welche die Krankenversicherungsträger in den letzten Jahren kontinuierlich aufgebaut haben. Mit Vereinen oder ähnlichen Institutionen wurden diesbezügliche vertragliche Regelungen abgeschlossen.

Mitzudenken ist jedenfalls, dass auch Ärztinnen und Ärzte psychotherapeutische Leistungen erbringen (siehe auch Dimension „Ärztliche Hilfe und sonstige außerstationäre Versorgungsangebote“.

5.3 Ausgaben für Psychotherapie

Bei Ausgaben für Psychotherapie kann zwischen Ausgaben für Sachleistungen, Ausgaben für Kostenzuschüsse und Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen unterschieden werden. Die Ausgaben für Sachleistungen umfassen kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen sowie Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse beziehen sich auf Ausgaben für Psychotherapie durch freiberufliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen beziehen sich auf Psychotherapie in entsprechenden Einrichtungen der WGKK, der OÖGKK und der STGKK.¹⁶

Die Ausgaben der Sozialversicherung für Psychotherapie erhöhten sich von 29 Mio. Euro im Jahr 2001 auf 45 Mio. Euro im Jahr 2004 und betrugen 54,8 Mio. Euro im Jahr 2007¹⁷. Im Jahr 2009 wurden 62,7 Mio. Euro für Psychotherapie ausgegeben.

Mit 34,4 Mio. Euro entfällt der größte Anteil der Ausgaben auf die von Versorgungsvereinen und Institutionen erbrachte Psychotherapie als Sachleistung. Unter dem Titel „psychotherapeutische

¹⁶ GÖG/ÖBIG 2009a: Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien. GÖG/ÖBIG FP, 2010 eigene Berechnung

¹⁷ Die tatsächliche Summe der Ausgaben ist jedoch höher, da folgende Daten nicht zur Verfügung standen und daher in dieser Studie nicht berücksichtigt wurden:

- Die Ausgaben der Betriebskrankenkassen
- Ausgaben für durch WahlärztInnen erbrachte Leistungen der BGKK, der STGKK und TGKK
- Ausgaben der SVB für ärztliche psychotherapeutische Leistungen



Leistungen“ wurden von Vertrags- und Wahlärztinnen bzw. -ärzten rund 14,9 Mio. Euro abgerechnet. Die Ausgaben für Kostenzuschüsse beliefen sich auf rund 12,4 Mio. Euro. Die Ausgaben für Psychotherapie in kasseneigenen Einrichtungen betragen rund 1 Mio. Euro. Die Verteilung zwischen Sachleistungen und Kostenzuschüssen hat sich in den letzten Jahren wesentlich in Richtung Sachleistungen verschoben.

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

5.4 Ausgaben für Sachleistungen

5.4.1 Kassenfinanzierte Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen

Die Aufwendungen der Krankenversicherungsträger für „kassenfinanzierte“ Psychotherapie durch Vereine bzw. Institutionen betragen im Jahr 2009 insgesamt rund 34,4 Mio. Euro und sind von 2007–2009 um 13,6 Prozent gestiegen. Die höchsten prozentuellen Steigerungen in diesem Zeitraum weisen die OÖGKK (30,5 %) und die SVB (36,2 %) auf. Zu beachten ist, dass Selbstbehalte für „Besserverdienende“ (Bandbreite 5–20 Euro pro Therapieeinheit) bei den Sachleistungsmodellen in Vorarlberg, Tirol und Salzburg vorgesehen sind.

5.4.2 Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel

„Psychotherapeutische Leistungen“ („Psychotherapeutische Medizin“)

Hierbei handelt es sich ebenso um Sachleistungen der Krankenversicherungen. Diese werden sowohl von (Fach-)Ärztinnen/-Ärzten mit einer Psychotherapieausbildung nach dem Psychotherapiegesetz als auch von Fachärztinnen/-ärzten für Psychiatrie ohne diese Ausbildung bzw. von Ärztinnen/Ärzten mit dem ÖAK-Diplom „Psychotherapeutische Medizin“ (PSY3) erbracht.

Im Jahr 2009 betragen die Aufwendungen der Krankenversicherungen für diesen Bereich insgesamt mindestens 14,9 Mio. Euro. Diese Summe entspricht nicht völlig den tatsächlichen Ausgaben¹⁸, die tatsächlichen Aufwendungen sind höher. Die gesamten Aufwendungen der Krankenversicherungen für Leistungen durch Vertrags- und Wahlärzte unter dem Titel „psychotherapeutische Leistungen“ sind demnach von 2007–2009 um 4,1 Prozent angestiegen.

5.4.3 Zur Versorgungswirksamkeit der psychotherapeutischen Medizin

Psychotherapeutische Medizin zeichnet sich durch einen ziemlich niederschweligen Zugang aus. Sie ist in der Regel bewilligungsfrei zu erbringen (wiewohl die Leistung insbesondere für AllgemeinmedizinerInnen teilweise streng limitiert).

Eine erstaunlich hohe Anzahl von Patientinnen und Patienten (65.500 im Jahr 2009; 56.800 im Jahr 2006 – die tatsächliche Zahl ist vermutlich sogar noch höher) wird damit erreicht. Die Dauer der Interventionen ist relativ kurz und liegt durchschnittlich bei 3 bis 4 Behandlungen pro PatientIn (Frequenz 2009 der einschlägigen Meta-Honorarordnungspositionen ca. 250.000).

¹⁸ da Angaben der SVB fehlen. Von der BGKK, der STGKK und der TGKK sind die Aufwendungen für Wahlärzte nicht enthalten



5.4.4 Kostenzuschüsse für Psychotherapie in der freien Praxis

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

- Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ist in die Psychotherapeutenliste des BMG eingetragen
- Vorliegen einer psychischen Erkrankung
- Schriftlicher Nachweis der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung vor der zweiten Behandlungsstunde

Die Bewilligung des Zuschusses hat in der Regel vor der fünften Behandlung zu erfolgen, sie wird für eine bestimmte Anzahl an Stunden in einem bestimmten Zeitraum erteilt. Der Kostenzuschuss beträgt 21,80 Euro pro Einzelsitzung (eine Stunde). Für eine Gruppensitzung (90 Minuten) beträgt der Zuschuss 7,27 Euro. Die Zuschussregelung wurde in Ermangelung eines Gesamtvertrags eingeführt, die Zuschüsse sind seit 1992 nicht erhöht worden.

Im Jahr 2009 wurden von den Krankenversicherungsträgern insgesamt rund 12,4 Mio. Euro für Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlung aufgewendet. Damit werden ca. 550.000 Therapieeinheiten mitfinanziert. Verglichen mit dem Jahr 2007 sind bei den meisten Versicherungsträgern Steigerungen zu verzeichnen. Die größten Steigerungen gibt es bei der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit 17,7 Prozent.

Derzeitige Linie der Sozialversicherung ist es, nicht den Kostenzuschuss, sondern die Erbringung von Sachleistungen im Psychotherapiebereich zu priorisieren.

5.4.5 Kasseneigene Einrichtungen

Die Höhe der Aufwendungen der WGKK für kassenfinanzierte Psychotherapie in den eigenen Gesundheitszentren belief sich im Jahr 2009 auf 479.042 Euro, jene der OÖGKK auf 392.871 Euro und jene der STGKK auf 162.221 Euro. Insgesamt sind die Aufwendungen für Psychotherapie in eigenen Einrichtungen von 2007–2009 um 5,3 Prozent gesunken.

5.4.6 Gesamtentwicklung

Im Zeitraum zwischen 2007 und 2009 sind die gesamten Aufwendungen der Versicherungsträger für psychotherapeutische Leistungen um 9,3 Prozent angestiegen. Die Verteilung zwischen Sachleistungen und Kostenzuschüssen hat sich im Untersuchungszeitraum in Richtung Sachleistungen verschoben. Die Ausgaben pro 100 Anspruchsberechtigte bewegen sich bei jenen Versicherungsträgern, bei denen aus allen Bereichen Daten vorlagen, zwischen 297 und 1.602 Euro pro Jahr, der Durchschnitt liegt bei 949 Euro, wobei die verschiedenen Versicherungsträger sehr unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

5.5 Expertenmeinungen

Zur gesamten Thematik wurden Stakeholder und Experteninterviews geführt. Erwartungsgemäß wurde von den PsychotherapievertreterInnen eine Erhöhung des Angebotes für Psychotherapie durch die Sozialversicherung gefordert.



Interessant ist jedoch, dass von ihnen dezidiert angegeben wurde, dass die psychotherapeutischen Methoden bei der Behandlung schwerer psychischer Krankheiten keine großen Stärken aufweisen, jedoch als Co-Therapie zusätzlich zur Medikation geeignet sind.

Die Stärken der Psychotherapie werden bei der Behandlung von leichten bis mittelschweren Krankheiten, insbesondere der Depression, angesehen. Abermals wurde auf Studien verwiesen, wonach Psychotherapie im Gegensatz zur Medikationstherapie bei der leichten Depression effektiver und kostengünstiger sei.

Wiederholt kritisiert wurde die von Sozialversicherungsseite aufgrund begrenzter Mittel betonte Schwerpunktsetzung auf die Behandlung schwerer Erkrankter. Gerade im Sinne einer Hintanhaltung von Verschlechterung der psychischen Situation sei Psychotherapie bereits in einem frühen Stadium der Krankheit zu gewähren – gerade hier hätten kurze Interventionen gute Resultate.

Von Ärzteseite her wird mit Kritik an der Psychotherapie – insbesondere ausgeübt durch niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – nicht gespart. Im Zentrum der Kritik steht hier die als mangelhaft angesehene Diagnostik von psychischen Krankheiten. Die Interventionsschwerpunkte betreffen sehr leichte Störungen bis unterhalb der Krankheitsgrenze.

Daneben würden „verdeckte“ Störungen durch die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten manchmal nicht erkannt, und dadurch verschlechtere sich die Situation der Betroffenen. Nichtsdestotrotz wird Psychotherapie insbesondere bei schwerer Erkrankten als Co-Therapie zur Medikation als sinnvoll erachtet. Wichtig sei dabei jedoch ein stringenter Behandlungsplan.

5.6 Regionale Verteilung

Ein Problem der psychotherapeutischen Versorgung ist die regionale Ungleichverteilung des Angebotes sowohl zwischen den Bundesländern, als auch zwischen Stadt und Land. 1996 waren 70 Prozent der berufsberechtigten Personen in den Städten bzw. in einigen Bundesländern auch in den Stadt-Umland-Bezirken angesiedelt (ÖBIG 1997). Dagegen waren die ländlichen Gebiete weitgehend unterversorgt: In fast der Hälfte der politischen Bezirke gab es, bezogen auf 10.000 Einwohner, maximal eine berufsberechtigte Person. Zudem bestand – die am besten versorgte Bundeshauptstadt ausgenommen – ein West-Ost- und Nord-Süd-Gefälle, mit einem hohen Angebot in Vorarlberg, Salzburg und Tirol und einem vergleichsweise geringen Angebot in Oberösterreich, Niederösterreich, Kärnten, der Steiermark und im Burgenland.¹⁹

Die regionale Ungleichverteilung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwischen den Bundesländern ist seit 1991 fast unverändert aufrecht. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sehr ausgeprägt: Wien hat mit derzeit 17,03 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner die höchste Versorgungsdichte, das Burgenland die geringste. Auch diese Unterschiede sind im Wesentlichen seit 1991 unverändert geblieben.²⁰

Eine ähnliche Situation zeigt sich bei Betrachtung der Unterschiede zwischen Stadt und Land. Psychotherapie ist traditionell ein eher städtisches Phänomen, da Barrieren wie Informationsdefizite, soziale Kontrolle und fehlende oder weit entfernte Angebote im ländlichen Bereich stärker ausgeprägt sind. Auch diese Situation ist unverändert aufrecht: Obwohl die Anzahl der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im ländlichen Bereich etwas stärker gestiegen ist als im städtischen und sich daher im

¹⁹ GÖG/ÖBIG 2009b: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie Berufsgruppen 1991–2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

²⁰ ibid



Vergleich der Jahre eine kontinuierliche Erhöhung des Angebotes in ländlichen Regionen zeigt, ist der Großteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten noch immer in den Landeshauptstädten konzentriert.²¹

Die sehr auf die regionale Versorgungsgerechtigkeit Rücksicht nehmende SGKK hat erhoben²², dass an und für sich zur Verfügung stehende Mittel für Psychotherapie im ländlichen Raum („Innergebirg“) schlicht nicht ausgegeben werden können, da nicht genügend Psychotherapeutinnen/-therapeuten für eine Tätigkeit in diesem Gebiet gewonnen werden können (man ist daher um Alternativen bemüht).

5.7 Versorgungsvereine

In den letzten Jahren haben die Krankenversicherungsträger im Auftrag der Trägerkonferenz des HVB – alternativ zu den Verhandlungen um einen Gesamtvertrag – mit „psychotherapeutischen Vereinen“ (Anm.: gemeint sind nicht nur „Vereine“ im Sinne des Vereinsrechts, einige Anbieter haben eine andere Form der Rechtspersönlichkeit) zur Bereitstellung von Psychotherapie als Sachleistung eigene Verträge abgeschlossen. Sogenannte „Vereinslösungen“ bestehen mittlerweile in allen Bundesländern mit Ausnahme von Kärnten und Vorarlberg. In Kärnten wird das Angebot über Institutionen (Ambulatorien) bereitgestellt, in Vorarlberg leistet die VGKK einen bestimmten Betrag für kassenfinanzierte Psychotherapie an das Land, welches sich wiederum einer Institution bedient. 2009 gab es 11 (große) psychotherapeutische Versorgungsvereine. Sondersicherungsträger haben sich (mit Ausnahme der VAEB) überwiegend den durch die GKKs aufgebauten Strukturen angeschlossen.

Insgesamt standen in Österreich im Jahr 2009 2.067 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen von „großen“ Versorgungsvereinen für die Erbringung „kassenfinanzierter psychotherapeutischer Leistungen“ zur Verfügung, das entspricht einem Anteil von annähernd einem Drittel der derzeit berufsberechtigten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Im Folgenden werden anhand von Fragen nochmals und zusammenfassend wichtige Parameter der aktuellen psychotherapeutischen Sachleistungsversorgung dargestellt (Quellen: GÖG/ÖBIG-Erhebungen; ergänzende Interviews und Recherchen vor Ort bei den Versorgungsvereinen durch die Teams der SGKK und des HVB):

1. Wieviele Stunden werden im Rahmen der Sachleistungsversorgung über Versorgungsvereine oder vergleichbare Vertragspartner erbracht?

Im Jahr 2009 wurden rund 500.000 Psychotherapieeinheiten von den großen Versorgungsvereinen erbracht, wovon die überwiegende Mehrheit auf Einzelstunden entfiel. Gruppen- und Familiensettings machten zusammen einen Anteil von nur rund 4% aus. Neben den Vereinslösungen haben die Krankenversicherungsträger zahlreiche Verträge mit teilweise hochspezialisierten Institutionen (darunter kleinste Einrichtungen mit 50 Therapieeinheiten/Jahr) abgeschlossen, die zusätzliche psychotherapeutische Leistungen erbringen (laut GÖG/ÖBIG 2009 Quellen geschätzte 70.000 Psychotherapieeinheiten gesamt – Beispiel OÖ.: 4 psychosoziale Einrichtungen und eine

²¹ GÖG/ÖBIG 2009b: Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie Berufsgruppen 1991–2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

²² Vergleiche Kletter, M. in Soziale Sicherheit vom Mai 2008, Schwerpunktnummer „Psychotherapie und Sozialversicherung“



Flüchtlingsbetreuungstelle, etwa 8.000 Einheiten; Kärnten: die größeren Institutionen leisteten insgesamt etwa 20.000 Psychotherapieeinheiten).

2. Wieviele PatientInnen werden dabei behandelt?

Die großen Versorgungsvereine behandelten 2009 mehr als 31.000 PatientInnen. Von den größeren Institutionen in Kärnten und Vorarlberg wurden zusätzlich mindestens 2.000 Patientinnen/Patienten erreicht.

Nach GÖG/ÖBIG Quellen hochgerechnet wurden mindestens 2.500 weitere Personen durch die kleinen Einrichtungen betreut.

3. Lässt sich eine Übersicht über Behandlungsdauern erstellen?

Es liegen nur auf Basis der Meldungen der Vereine ermittelte durchschnittliche Therapieeinheiten im Jahre 2009 vor – das sind 16 Therapieeinheiten pro Patientin/Patienten; die Werte zwischen den Vereinen streuen zwischen 10 und 30. Unberücksichtigt bleiben hochfrequente psychoanalytische Behandlungen (dafür gibt es z.B. eigene Kontingente bei der WGKK); ein möglicher „Ausreißer“ nach unten sind 3,1 Einheiten beim OÖGP (*Achtung: Das ist womöglich eine falsche Zahl; der GÖG/ÖBIG wurde auf **mehrmaliges** Nachfragen diese Zahl genannt – den KollegInnen der SGKK aber – eher nachvollziehbare – 13 Einheiten*). Studien hinsichtlich tatsächlicher Behandlungsdauern (über Kalenderjahreswechsel hinaus) sind in Salzburg geplant und werden – nach Abschluss entsprechender Vereinbarungen zwischen Vereinen und Trägern – zukünftig auch in Wien und NÖ durchgeführt. Im Tiroler Modell beträgt die durchschnittliche Behandlungsdauer rund 16 – 17 Monate.

4. Beantwortung der drei obigen Fragen auch in Hinblick auf den Kostenzuschuss.

Rund 550.000 Psychotherapieeinheiten durch niedergelassene Therapeutinnen/Therapeuten wurden 2009 insgesamt bezuschusst. In etwa konnte die gleiche Anzahl von PatientInnen wie durch die Sachleistungsversorgung erreicht werden.

5. Welche großen Versorgungsvereine gibt es, wo haben sie ihren Sitz, wo sitzen die zugehörigen TherapeutInnen? (Bild der geografischen Zugänglichkeit)

| Bundesland | Sitz | Verein; Anzahl der TherapeutInnen (2009) |
|------------|------------|---|
| B | Eisenstadt | Institut für Psychotherapie im ländlichen Raum (IPR); 44 TherapeutInnen |
| NÖ | Wien | Niederöstr. Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (NGPV); 130 TherapeutInnen |
| NÖ | Wien | Verein für ambulante Psychotherapie (VAP); 53 TherapeutInnen |
| OÖ | Linz | Verein für prophylaktische Gesundheitsarbeit (PGA); 105 TherapeutInnen – Anm.: diese TherapeutInnen sind vom PGA angestellt |
| OÖ | Linz | Oberöstr. Gesellschaft für Psychotherapie (OÖGP); 175 TherapeutInnen |
| S | Salzburg | ARGE Psychotherapie; 264 TherapeutInnen (275 Anfang 2011) |
| St | Graz | Verein Netzwerk Psychotherapie Steiermark; 180 TherapeutInnen |
| St | Graz | Verein für ambulante psychologische Psychotherapie; 45 TherapeutInnen |
| T | Innsbruck | Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung Tirols (P.V.T.); hier gibt es keine „Einzelvertragsverhältnisse“; Angaben schwanken zwischen 268 und 349 |
| W | Wien | Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPV); 552 TherapeutInnen |
| W | Wien | Verein für ambulante Psychotherapie (VAP); 170 TherapeutInnen |

Der Anspruch geografischer Erreichbarkeit ist weitgehend erfüllt, in allen österreichischen Bezirken sind PsychotherapeutInnen in der Sachleistungsversorgung tätig.

In allen Bundesländern wird auf regionale Ausgewogenheit der Sachleistungsversorgung Bedacht genommen. In Niederösterreich etwa wurde der Stellenplan des Gesamtvertragsentwurfs in die Praxis umgesetzt (in der Steiermark will die GKK ähnliches erreichen). In Kärnten wird bei speziellem regionalem Bedarf derart flexibel reagiert, dass Kontingente bei PsychotherapeutInnen außerhalb der für die Sachleistungserbringung bestimmten Institutsstandorte zugekauft werden. Beispielhaft sei die konkrete Verteilung der 175 TherapeutInnen in einer der Oberösterreichischen Vereinslösungen (OÖGP) angeführt: 62 Linz-Stadt, 51 Grossraum Wels-Linz-Steyr, 6 Mühlviertel, 23 Innviertel, 32 Traunviertel.

In Salzburg wurde festgestellt, dass „Innergebirg“, obwohl dort ein Drittel der Landesbevölkerung lebt, nur 7% der Psychotherapeuten tätig ist, sodass auch das Sachleistungsangebot regional unausgewogen ist. Der Versuch, durch Schaffung einer Vertragseinrichtung im Verbund mit dem Krankenhaus Schwarzach dem Rechnung zu tragen, hat noch nicht den gewünschten Ausgleich geschafft, nicht zuletzt deshalb, weil es der Einrichtung nicht gelingt, ausreichend Psychotherapeuten zu gewinnen.



Es gibt die Tendenz, dass die in größeren Städten tätigen TherapeutInnen aufgrund der dort vorherrschenden größeren Anonymität das Umland teilweise mitversorgen.

6. Beispielhafte Darstellung kleinerer Vereine.

Oberösterreich – Flüchtlingsbetreuung OASIS (Volkshilfe)

Einrichtung für Flüchtlinge, die psychologisch und psychotherapeutisch betreut werden. Psychotherapie erfolgt nach klinisch-psychologischer Diagnostik, jährlich etwa 100 PatientInnen (1600 Therapieeinheiten).

Wien – Betreuung teils schwerst erkrankter TraumapatientInnen (Verein ESRA)

Es gibt aufgrund der wenigen Fälle und der sehr gezielten Zuweisung kein vereinbartes Stundenkontingent mit dem KV-Träger. Der Erstkontakt mit den therapiesuchenden PatientInnen erfolgt überwiegend über ein ausführliches ärztliches Gespräch; erst dann erfolgt möglicherweise Entscheidung zur Psychotherapie. Schwer(st) Erkrankte und sozial Bedürftige werden jedenfalls bevorzugt behandelt (Vorreihung).

Salzburg: Vereinsverträge mit Einrichtungen zur psychotherapeutischen Versorgung von Kindern, Patienten nach stationären Aufenthalten, Behinderten und Flüchtlingen.

7. Gibt es sonstige Vertragspartner für die Sachleistungsversorgung?

Neben Ärztinnen und Ärzten (PSY III), welche „psychotherapeutische Medizin“ erbringen, gibt es zahlreiche Institutionen (Sozialpsychiatrische Zentren, psychiatrische Not- und Krisendienste, spezialisierte Ambulatorien), die unter einem breiten, multiprofessionellen Behandlungsangebot auch Psychotherapie leisten. Aufgrund der in der Regel für diese Versorgungsangebote vereinbarten Pauschalfinanzierung können für die meisten dieser Institutionen keine genauen Stundenkontingente für reine psychotherapeutische Leistungen ermittelt werden.

Beispiel einer derartigen Einrichtung: Kärnten – Sozialpsychiatrisches Zentrum Spittal/Millstättersee

Das Ambulatorium bietet (musterhaft für psychosoziale Betreuungseinrichtungen) multiprofessionelle Grundversorgung an, damit psychisch (schwer) Erkrankte den Alltag bewältigen können. Es erfolgt eine Anamnese durch PsychiaterInnen, anschließend klinisch-psychologische Diagnostik und Psychotherapie sowie Krisenintervention. Schwerpunkte bilden die Rehabilitation und die umfassende soziale Betreuung. Pro Jahr werden etwa 450 PatientInnen betreut; die Kostenteilung erfolgt (auch „klassisch“ für derartige Einrichtungen) im Verhältnis 1/3 KGKK, 2/3 Land Kärnten.

8. Wieviele PsychotherapeutInnen sind im Rahmen der Vereine tätig?

Im Jahr 2009: 2.067 in den großen Versorgungsvereinen (siehe Tabelle zu Frage 5). In dieser Zahl nicht enthalten sind die im Rahmen von Institutionen tätigen PsychotherapeutInnen.



9. Welche Stundenkontingente haben sie typischer Weise, und sind sie zusätzlich auch mit Kostenzuschuss tätig?

Die Schwankungsbreite der Durchschnittswerte bei den einzelnen Vereinen beträgt zwischen 120 und 400 Stunden pro Jahr (österreichweiter Durchschnitt 240 Stunden/Jahr). In Einzelfällen werden Spitzenwerte von 1000 Stunden erreicht. Im Burgenland beträgt die Maximalzuteilung 300 Stunden, in Niederösterreich gibt es eine Mindeststundenanzahl von 200. In Tirol verteilen sich die Stunden in Abhängigkeit vom Ausmaß der unselbständigen Beschäftigung der TherapeutInnen. In Salzburg gibt es keine Stundenverteilung pro Therapeut; sondern es erfolgt die Zuteilung der Therapieplätze patientenbezogen. Die TherapeutInnen erbringen in der Regel auch bezuschusste Leistungen (vgl. die bei Frage 11 behandelte Problematik).

10. Wie kommen die PsychotherapeutInnen in die Versorgungsvereine?

Im Regelfall durch Bewerbung beim Verein selbst. Anforderungen an PsychotherapeutInnen, die über den Nachweis einer abgeschlossenen Psychotherapieausbildung hinausgehen, werden prinzipiell von allen Trägern festgelegt, die sich dabei in der Regel am Gesamtvertragsentwurf orientieren.

Ausnahmen bilden Salzburg mit allgemein (für die Behandlung der schwerer Erkrankten) und speziell (für Gruppen- und Familientherapie) höheren Qualifikationserfordernissen und das Burgenland mit der Forderung nach speziellen Nachweisen in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen.

Tirol verzichtet auf weitere Erfahrungsnachweise – eine Voraussetzung für die Teilnahme am Tiroler Modell ist jedoch die Absolvierung eines „EinsteigerInnenseminars“.

Salzburg und Tirol haben prinzipiell „offenen“ Zugang, wenn auch unter völlig anderen Auspizien: wer die qualitativ hohen Anforderungen erfüllt (Erfahrungsnachweis), kann an der Salzburger Versorgung für die schwer Erkrankten teilnehmen, an dem für die Zielgruppe der wirtschaftlich Schwachen (die in erheblichem Ausmaß vom Land Salzburg mitfinanziert wird) eingerichteten Sachleistungsmodell können auf Wunsch des Landes alle in die Psychotherapeutenliste eingetragenen PsychotherapeutInnen teilnehmen..

In Tirol bekommen „NeueinsteigerInnen“ vorerst 2 Wochenstunden zugeteilt (dieses erste Stundenkontingent kann – abhängig vom unselbstständigen Beschäftigungsausmaß der PsychotherapeutInnen – über die Jahre auf 6 Wochenstunden anwachsen; die Stundenkontingente der TherapeutInnen im Modell werden im Übrigen nur zu ca. 50% ausgeschöpft (Durchschnittsergebnis über die letzten Jahre). *(Anm.: Hier schaut der- im Übrigen als einziger vom ÖBVP „anerkannte“ und diesem auch nahestehende – Versorgungsverein darauf, dass prinzipiell alle berufsberechtigten TherapeutInnen eine Abrechnungsmöglichkeit haben bzw. hätten).*

Tendenziell ist die Fluktuation bei den anderen Vereinen gering, es gibt Wartelisten für die Aufnahme. Meist nur bei Stundenkontingenterhöhungen bzw. wenn ein (z.B. für die Behandlung von Kindern) spezialisierter Therapeut gesucht wird, kommen neue TherapeutInnen in die Versorgungsvereine. Zumindest ein weiterer Verein (Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung) möchte möglichst viele TherapeutInnen teilhaben lassen.



11. Wie sehen die Vertragsbedingungen zwischen KV-Trägern und Vereinen aus, wie die Vertragsbedingungen zwischen Vereinen und PsychotherapeutInnen?

Die Verträge zwischen den KV-Trägern und den Vereinen enthalten in der Regel einen Leistungskatalog, Bestimmungen über die vorgesehenen Behandlungsformen und die Vergabe der vorhandenen Therapieplätze sowie sonstige gegenseitige Rechte und Pflichten. Statistische Auswertungen, generelle Rückmeldungen usw. werden in der Regel nur für den Bedarfsfall vereinbart (Ausnahme ist das Salzburger Modell, welches durch äußerst detaillierte Ablaufprozesse eine präzise Datenbetrachtung ermöglicht).

Freie Sachleistungsplätze sollen in allen Bundesländern bevorzugt schwer Erkrankten (Ausnahme Tirol: ausschließlich schwer Erkrankten) und Erkrankten mit geringer Finanzkraft zukommen.

Hinsichtlich der Institutionalisierung dieser Zugangsregelungen gibt es wesentliche Unterschiede bei den Sachleistungsversorgungen.

Naturgemäß einfach zeigt sich die Praxis der Zuteilung bei Instituts- und Ambulatoriumslösungen wie in Kärnten und Vorarlberg. Beispiel Ambulatorium für Psychotherapie der *pro mente* in Klagenfurt: hier erfolgt nach einer ausführlichen Anamnese der PatientInnen in Gruppenbesprechungen unter den angestellten TherapeutInnen eine Triage nach Dringlichkeit, Therapiefähigkeit usw.

Steuerungsmechanismen hinsichtlich PatientInnen, die freiberufliche TherapeutInnen konsultieren sind schwieriger zu bewerkstelligen.

Einem „Clearing“ werden die potentiellen Fälle nur im Burgenland, Salzburg, Tirol und in naher Zukunft auch in Oberösterreich unterzogen.

In den anderen Bundesländern gibt es wenig bis gar kein „Clearing“. Bei der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung etwa bleibt es letztlich dem einzelnen Therapeuten überlassen, im Rahmen seiner Kontingente die Sachleistung bevorzugt bedürftigeren Patienten zukommen zu lassen. Der andere Wiener Verein VAP (auch für NÖ zuständig) steuert auf eine eigene Weise (siehe gleich nächste Frage).

Zum Burgenland: hier entscheiden Interventionsgruppen mit sechs bis acht TherapeutInnen über die Aufnahme der PatientInnen in die Sachleistung.

In Salzburg und Tirol gibt es explizite Auswahlkriterien, die institutionalisiert umgesetzt werden. Im Tiroler Modell wird ausschließlich für schwer und schwersterkrankte PatientInnen Sachleistung gewährt (Antrag an die Gesellschaft). In Salzburg erfolgt die Zuteilung aller Sachleistungsplätze bedarfsorientiert durch die Kasse und nicht durch den Verein. Sie ist auf zwei Zielgruppen eingeschränkt:

1. Sachleistung für schwer Erkrankte: 2009 wurden monatlich 100 Kontingentplätze für schwer Erkrankte auf Grund der Art und Schwere der Erkrankung (Diagnose, psychischer Befund, GAF-Wert), Dringlichkeit und soziale Lage zugeteilt. Dies hat – im Unterschied zu anderen Modellen – den Vorteil, dass über das ganze Jahr hinweg Sachleistungsplätze zur Verfügung stehen und nicht bereits nach einigen Monaten für das ganze Kalenderjahr aufgebraucht werden
2. Sachleistung für wirtschaftlich Schwache werden – unter Mitverwendung von Sozialmitteln des Landes, die von der SGKK verwaltet werden – all jenen zugeteilt, die unter die ökonomischen Kriterien der Sozialhilfe (bzw Mindestsicherung) fallen.



Die Vertragsbeziehungen zwischen den Vereinen und den PsychotherapeutInnen sehen in der Regel nähere Bestimmungen über das zur Verfügung gestellte Stundenkontingent und die Überbindung der Beachtung von Zugangskriterien vor – je institutionalisierter der Zugang, desto detaillierter sind auch die dementsprechenden Vertragsregelungen. Es gibt Fälle, die sich auf mündliche Absprachen beschränken. Im Verein für ambulante psychologische Psychotherapie Steiermark können nur PsychologInnen Mitglied werden. Im Tiroler Modell bestehen überhaupt keine „Einzelvertragsbeziehungen“.

Es kann gesagt werden, dass – mit Ausnahme einiger angestellter TherapeutInnen – in der Regel die anderen auch auf Kostenzuschussbasis tätig werden.

Dass bei einem einzelnen Therapiefall eine Mischung aus Sachleistung und Kostenzuschuss erfolgt, kann – trotz der in der Regel vertraglich normierten Untersagung dieser Konstellation – nach unseren Recherchen (Aussagen von Vereinsadministratoren) in der Praxis nicht immer ausgeschlossen werden. Je „institutionalisierter“ das Zugangsverfahren gestaltet wird, desto unwahrscheinlicher ist diese Konstellation.

12. Wie gestaltet sich der Erstkontakt zwischen therapiesuchenden PatientInnen und den Versorgungsvereinen (systematische Schienen der Kontaktaufnahme; Ansprechpartner beim KV-Träger, beim Verein)?

Dabei gibt es ebenfalls wesentliche Unterschiede; erwähnt sei allerdings, dass alle Träger und Vereine entsprechende Infofolder, Internetveröffentlichungen usw. anbieten.

Die Kontaktaufnahme mit einer bestimmten Stelle ist bei den Lösungen in Kärnten und Vorarlberg vorgesehen (z.B. Ambulatorium Klagenfurt).

Im Burgenland wird (verpflichtend) ein Eingangsgespräch der PatientInnen mit einem Therapeuten des Vereins (in den Dienststellen der BGKK) geführt.

Wien und NÖ: Die Kontaktaufnahme erfolgt *grosso modo* in einem Verhältnis von etwa 50:50 direkt beim Psychotherapeuten oder eben über den Verein. Alle Vereine betreiben Telefonhotlines und Internetseiten. Etwa 1/3 bis zur Hälfte der Fälle aller Kontakte erfolgt auf Veranlassung von Zuweisern (Krankenhaus, Arzt für Allgemeinmedizin usw.). Die Hotlines geben in der Regel Informationen über freie Therapieplätze (so sie dem Verein gemeldet werden) weiter. Beim VAP besteht die Möglichkeit, schon beim ersten Telefonat ein strukturiertes Beratungsgespräch und gezieltere Informationen über TherapeutInnen zu erhalten.

Steiermark: Die Kontaktaufnahme erfolgt ähnlich wie in Wien und NÖ. Allerdings wird hier derzeit aktuell eine Systematisierung der Meldung und des Abrufs freier Sachleistungsplätze über Internet angestrebt.

Salzburg: Es besteht kein obligater Kontakt zwischen PatientInnen und der ARGE Psychotherapie, da die Zuteilung von Sachleistungskontingenten durch die Kasse erfolgt. PatientInnen haben freie Wahl unter den am Modell teilnehmenden TherapeutInnen. Ansprechpartner gibt es sowohl bei den KV-Trägern wie auch bei den Sachbearbeiterinnen der ARGE Psychotherapie; Informationen erhalten die Versicherten über einen Folder zur Psychotherapie, diverse Infoblätter, Listen der Sachleistungsvertragstherapeuten, sowie die Homepage der ARGE Psychotherapie und auch der SGKK, entsprechende Infoveranstaltungen, wie auch über die PsychotherapeutInnen selbst.

Tirol: AnsprechpartnerInnen für Versicherte gibt es sowohl bei der Gesellschaft für Psychotherapeutische Versorgung Tirols als auch bei den KV-Trägern. Die Gesellschaft betreibt zudem ein automationsunterstütztes System, welches die Suche nach freien Sachleistungsplätzen bei PsychotherapeutInnen ermöglicht („Dynamisches Bedarfserhebungssystem“). In dieses können alle



PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, Ambulanzen etc. einen Behandlungsbedarf für PatientInnen anmelden. PsychotherapeutInnen auf der anderen Seite können im System Behandlungsplätze ausschreiben. Im ersten Halbjahr 2011 ist geplant, umfassende Beratungsmöglichkeiten in der TGKK Zentrale und deren Außenstellen anzubieten.

Oberösterreich: Das Kontaktaufnahmeprozedere, welches über die Vereine abgewickelt wurde, wird derzeit umgestellt. Es ist eine Clearingstelle als zentraler Kontaktpunkt eingerichtet – Hauptaufgaben sind die Verwaltung von Wartelisten und die gezieltere Zuweisung.

13. Wie funktioniert der Zugang der PatientInnen zur Therapie?

In Kärnten und Vorarlberg ist eine direkte Kontaktaufnahme mit einer den Behandlern „vorgeschalteten“ Institution zwingend vorgesehen. In den übrigen Bundesländern gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten: Sofortige Konsultation des ausgewählten Behandlers oder vorangehender Kontakt mit einem das Sachleistungskontingent bewirtschaftenden Verein. Für die näheren Zugangsbestimmungen siehe Fragen 11, 14 und 15.

14. Gibt es eine Systematik des Zugangs/der Zuweisung nach Schweregrad, sozialer Bedürftigkeit, differenzierter Diagnostik?

Es gibt vor jeder psychotherapeutischen Behandlung definierte Verfahren der Beantragung (durch die PatientInnen bzw. durch die PsychotherapeutInnen) und Bewilligung der Behandlung, wobei sich diese für die Gewährung von Sachleistung im Wesentlichen an den Vorgaben zum Erhalt eines Kostenzuschusses des jeweiligen Trägers orientieren – ausgenommen Burgenland, Tirol und Salzburg. In jedem Fall ist die Beantragung und die Bewilligung der Behandlung durch die KV vorgesehen, wobei die Anzahl der bewilligungsfreien Stunden, der Zeitpunkt der neuerlichen Beantragung und die erforderlichen Begutachtungen in Abhängigkeit vom Träger variieren (etwa vorherige psychiatrische Begutachtung oder klinisch-psychologische Diagnostik usw.).

Eine völlig andere Vorgangsweise besteht im Tiroler und im Salzburger Modell. In Tirol spricht eine Gutachterkommission der Gesellschaft eine Empfehlung an den KV-Träger aus (Behandlung ausschließlich für Schwer- und Schwerstkranke). In Salzburg erfolgt die Bewilligung im Rahmen eines im Vergleich zu den sonst üblichen Antragsformularen weit ausführlicheren, standardisierten, dafür aber auch anonymisierten Antragsverfahrens für die beiden Zielgruppen der Sachleistungsversorgung. Auch im Burgenland ist eine Priorisierung schwerer Erkrankter – hier weniger institutionalisiert durch die sog. Interventionsgruppen – – vorgesehen.

In Oberösterreich soll die Clearingsstelle zukünftig nach Dringlichkeit und sozialer Bedürftigkeit Sachleistung vergeben, In Kärnten und Vorarlberg erfolgen Priorisierungs/Triagierungsentscheidungen durch die Institutionen nach Konsultation und Anamnese.

In den übrigen Bundesländern werden die Kontingente von Psychotherapieeinheiten als Sachleistung auf die mitarbeitenden PsychotherapeutInnen je nach deren freien Kapazitäten und der Verfügbarkeit von Stunden (in den Regionen) aufgeteilt. Es bleibt in der Regel ihnen selbst überlassen, vertraglich vorgesehene Priorisierungen – nach Schwere der Erkrankung und sozialer Bedürftigkeit – durchzuführen (Anm. Ein steiermärkischer Verein legt Wert darauf zu betonen, dass die Praxis der Handhabung dieser Bestimmungen in regelmäßigen „Teambesprechungen“ supervidiert wird.



15. Wie gut ist der Anspruch Kranker auf die Sachleistung verwirklicht (Ausmaß von Wartezeiten, Staffelung von Wartezeiten nach Dringlichkeit, sonstige Systeme der Berücksichtigung von Dringlichkeit)?

Bei der Psychotherapie sind bei der Einschätzung der Bedarfsgerechtigkeit des Angebotes Kriterien wie angewandte Methoden, Setting, und insbesondere die behandelnde Person (notwendige therapeutische Beziehung) viel stärker zu berücksichtigen als bei der ärztlichen Behandlung.

Kritischer Punkt ist dabei die Wahlfreiheit der PatientInnen – wie ausführlich dargestellt wurde, besteht z.B. nach wie vor eine geringere TherapeutInnendichte in den ländlichen Regionen.

Es kann daher keine „standardisierte“ Wartezeitendarstellung geben. Im Übrigen gibt es hier durchaus schwer verständliche Konstellationen. Ein Beispiel: Gruppentherapieplätze im Ambulatorium Klagenfurt können praktisch sofort vergeben werden – die an einer leichten Angststörung leidende, sofort therapiewillige und –fähige Patientin hat so unter Umständen überhaupt keine Wartezeit, während die schwer traumatisierte, nicht gruppentherapiefähige PatientIn trotz Vorreihung einige Wochen auf die Einzeltherapie (durch eine Frau als Therapeutin) warten muss (*Anm.: Im Ambulatorium ist allerdings jedenfalls die erste Hilfe in Form von krisenintervenierendem Erstgespräch und ärztlicher Betreuung sichergestellt*).

Grundsätzlich gesprochen sind dort längere Wartezeiten gegeben, wo die Behandlung beim Therapeuten/der Therapeutin der Wahl stattfinden soll.

Das Ausmaß der Wartezeiten differiert im Regelfall zwischen 0 und 5 Monaten. Die meisten Vereine achten darauf, dass binnen weniger Tage zumindest ein Erstgespräch geführt werden kann.

In Salzburg kommt es praktisch zu keinen Wartezeiten – die Therapie bei einem/einer am Modell teilnehmenden TherapeutIn wird begonnen, die Entscheidung bei schwerer Erkrankten ob die Aufnahme in die Sachleistung erfolgt, wird durch die monatliche Zuteilung von Sachleistungsplätzen getroffen.

In Tirol beträgt die Wartezeit derzeit rund drei Monate für die im automationsunterstützten „dynamischen Bedarfserhebungssystem“ aufgenommenen PatientInnen (jene PatientInnen, die noch keinen Therapieplatz gefunden haben).

In der Steiermark werden grundsätzlich für die vergangenen Jahre 1–2 Monate Wartezeit angegeben – ganz aktuell (Anfang 2011) hat sich die Wartezeit auf bis zu 5 Monate erhöht, da eine Kontingentüberschreitung 2010 gegenwärtig ausgeglichen werden muss. Als dringend eingestufte Fälle werden etwa an die Psychiatrieambulanz verwiesen.

Im Burgenland gibt es eine Wartezeit von 2–4 Wochen. Dringende Fälle können innerhalb weniger Tage vermittelt werden.

In Wien und N.Ö. beträgt die Wartezeit zwischen 8 Wochen (VAP) und 16 Wochen (WGPV). Dazu ist allerdings anzumerken, dass für alle Vereine mit den Trägern ein Notfallkontingent (bis zu 1000 Einheiten) vereinbart worden ist. Es liegt im Ermessen der Vereine, diese Stunden zuzuteilen. Beim VAP erfolgt dies direkt über die Hotline des Vereins – nach einem strukturierten Beratungsgespräch wird direkt an geeignete TherapeutInnen verwiesen (*Anm.: Überdurchschnittlich viele als „sehr dringend“ gemeldete Fälle – darunter auch durch Ombudsleute der Träger vermittelte PatientInnen – nahmen eine durch die Hotline vermittelte Therapie aus dem Notfallkontingent nicht in Anspruch*).

In Oberösterreich werden regional sehr unterschiedliche Wartezeiten gemeldet (zwischen 3 und 6 Wochen, in Einzelfällen aber ein Jahr). Die eben erst etablierte zentrale Clearingsstelle soll diesbezüglich Abhilfe



schaffen. In Kärnten ist die Wartezeit stark vom Setting abhängig – Gruppentherapieplätze sind sofort verfügbar; auf Einzeltherapien besteht je nach Konstellation bis zu 3 Monate Wartezeit. In Vorarlberg kommt es je nach Standort in Einzelfällen zu Wartezeiten bis zu 3 Monaten, es gibt das Angebot von „Überbrückungsterminen“.

Generell ist zu sagen, dass bei jenen Modellen, die dem Verein Stundenkontingente zur Verteilung überlassen und nicht durch die Kasse gesteuert wird, in der Praxis das Problem entsteht, dass unter Umständen bereits vor Jahresablauf die Kontingente aufgebraucht sind.



6 Klinisch–psychologische Diagnostik

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

Die Klinische Psychologie ist ein Teilgebiet der Psychologie. Zwischen 1990 und 1993 wurden mit dem Psychologengesetz (BGBl 1990/360) und der Novelle zum Krankenanstaltengesetz des Bundes (BGBl 1993/801) die ersten legislativen Grundlagen für die klinisch–psychologische Versorgung in Österreich gelegt. In der 50. ASVG–Novelle (BGBl 1991/676) wurde die klinisch–psychologische Diagnostik, nicht jedoch die klinisch–psychologische Behandlung in den Pflichtleistungskatalog der sozialen Krankenversicherung aufgenommen.²³

Der Beruf der klinischen Psychologin/des klinischen Psychologen ist ein freier Gesundheits– und Heilberuf. Seit 1991 sind Ausbildung, Berufspflichten und Rechte der klinischen Psychologinnen und klinischen Psychologen im Psychologengesetz geregelt.²⁴ Die Berufsbezeichnung „klinische Psychologin“ oder „klinischer Psychologe“ ist gesetzlich geschützt.

Die klinisch–psychologische Diagnostik ist die Untersuchung von Menschen, die unter einer körperlichen Erkrankung, bei der psychische Faktoren eine Rolle spielen, oder unter psychischen Störungen leiden. Die Diagnostik wird auch eingesetzt, wenn der Verdacht auf eine krankheitswertige Störung besteht. Dabei werden mit wissenschaftlichen Methoden die Persönlichkeitsstruktur, die psychische Befindlichkeit sowie Art und Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung und Leistungsfähigkeit bzw. deren Einschränkung untersucht. Auf Basis der Untersuchungsergebnisse berät die klinische Psychologin bzw. der klinische Psychologe über eventuell erforderliche Behandlungsmaßnahmen und erstellt Befunde für die Zuweiser.

6.1 Leistungsanbieter

Mit Stand 31. 12. 2009 sind in Österreich 6.477 Personen in der Liste der selbständig berufsberechtigten klinischen Psychologen und Gesundheitspsychologen beim BMG eingetragen. Rund 97 Prozent der klinischen Psychologinnen und Psychologen sind auch als Gesundheitspsychologinnen bzw. Gesundheitspsychologen in der Liste eingetragen, d. h., die beiden Berufsgruppen sind annähernd deckungsgleich. Etwas weniger als ein Drittel der klinischen Psychologinnen und Psychologen verfügt über die Berufsberechtigung zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie.

Klinische Psychologinnen und Psychologen sind auf den städtischen Bereich konzentriert. Noch immer arbeiten etwa zwei Drittel der berufsberechtigten Personen in Wien bzw. in den Landeshauptstädten.

Annähernd 80% der klinischen Psychologinnen und Psychologen sind – bezogen auf den Stichtag 31.12.2008 – weiblich. Der Frauenanteil ist seit 1991 generell angestiegen.

Mit Stand Anfang 2010 gab es in Österreich 92 VertragspsychologInnen und 477 WahlpsychologInnen der sozialen Krankenversicherung.

²³ GÖG/ÖBIG 2007a: Klinisch-psychologische Versorgung in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien. GÖG/ÖBIG, 2010 – eigene Darstellung

²⁴ BMG (Hg.) 2005: Klinische Psychologie. Wenn's allein nicht weiter geht. Informationsbroschüre. Bundesministerium für Gesundheit. Wien



Wahlpsychologinnen und -psychologen müssen eine den Vertragspsychologinnen und -psychologen entsprechende Qualifikation in psychologischer Diagnostik aufweisen.

Es besteht in Österreich ein bundesweit einheitlich geltender Gesamtvertrag für die klinisch-psychologische Diagnostik (ausgenommen Vorarlberg).

Von den Krankenversicherungsträgern werden bei Wahlpsychologinnen und -psychologen 80% der Honorarkosten (des Kassensatzes) zurückerstattet.

6.2 Versorgung und Ausgaben der Sozialversicherung

Seit 1995 ist klinisch-psychologische Diagnostik eine Dienstleistung des Gesundheitswesens, deren Kosten von den Versicherungsträgern übernommen werden.

Als Meilenstein in der Entwicklung der Diagnostik und Behandlung der PatientInnen ist anzusehen, dass, nachdem es ausschließlich den Ärzten/ den Ärztinnen vorbehalten war, in die körperliche und geistige Integrität eines Patienten/einer Patientin einzuwirken, nun auch ein neuer Berufszweig die "Erlaubnis" zu einem Eingriff in die psychische Integrität erhielt.

Konsequenterweise wurde auch das ASVG angepasst, und ein Gesamtvertrag zwischen den Trägern der KV und dem Berufsverband österreichischen Psychologinnen und Psychologen (BÖP) abgeschlossen.

Seit Beginn der Vertragsbeziehungen zeigte sich, dass die VertragspsychologInnen eine sehr verlässliche, korrekte Gruppe von VertragspartnerInnen sind. Der im Vertrag vorgesehene Bundesschlichtungsausschuss musste nur einmal tätig werden. Streitigkeiten bezüglich der Einzelverträge sind äußerst selten.

Wichtig: Die klinisch-psychologische Diagnostik kann grundsätzlich von einem Patienten/einer Patientin einmal pro Jahr in Anspruch genommen werden.

Die Aufwendungen für VertragspsychologInnen betragen im Jahr 2009 4.686.899 Euro, grob geschätzt haben 15.000 Personen, davon rund zwei Drittel Kinder und Jugendliche, klinisch-psychologische Diagnostik in Anspruch genommen).

Für die WahlpsychologInnen gab es einen Aufwand in der Höhe von 680.409 Euro.

Somit beträgt der Gesamtaufwand im Jahr 2009 für die klinisch-psychologische Diagnostik 5.367.308 Euro.

6.3 Anforderungen der Sozialversicherung an die PsychologInnen

Die Bestimmungen des Gesamtvertrages hinsichtlich der Auswahl der VertragspartnerInnen beinhalten Qualitätskriterien.

Um Erfahrung in der Diagnostik von Krankheiten sicherzustellen, ist eine zumindest einjährige Tätigkeit in einer einschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens nach Eintragung in die Psychologenliste erforderlich. Abhängig von der Dauer der nachgewiesenen Tätigkeit sind 100 bis 300 eigendiagnostizierte Fälle zu belegen.



7 Stationäre Versorgung in Krankenanstalten

GÖG/ÖBIG; unter Mitarbeit von Dr. Johannes Gregoritsch (HVB)

7.1 Stationäre psychiatrische Versorgung

Im Jahr 2007 (auf das sich die detaillierten Auswertungen in diesem Bericht beziehen) wurden 68.781 Patientinnen und Patienten oder 0,8 Prozent der Versicherten aufgrund einer F-Hauptdiagnose nach ICD-10 stationär in einem österreichischen Krankenhaus aufgenommen, d. h. sowohl in nicht-psychiatrischen als auch in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen. Die Anzahl der Aufnahmen steigt in den letzten Jahren an (Anm.: Im Jahre 2009 wurden knapp mehr als 70.000 Patientinnen und Patienten stationär betreut). Die Anzahl der zwangsweisen Unterbringungen ist im Übrigen stark abnehmend.

Die Kosten betragen pro Patient pro Aufenthalt knapp unter 4000 Euro, gesamt werden daher für die schwer Erkrankten, die einen stationären Aufenthalt brauchen, die im Vergleich zu anderen Dimensionen höchste Summe, nämlich fast 280 Mio. Euro (Summe 2009, ohne Demenzkranke) aufgewendet.

Rund 70 Prozent der Aufenthalte wegen F-Hauptdiagnosen wurden auf psychiatrischen Abteilungen verzeichnet, rund 19 Prozent auf Abteilungen für Innere Medizin. Auffällig ist, dass es je nach Hauptdiagnose Unterschiede hinsichtlich der behandelnden Abteilungen gibt. Beispielsweise werden 40 Prozent der Aufenthalte wegen depressiver Episoden und 27 Prozent der Aufenthalte wegen Verhaltensstörungen durch Alkohol auf nichtpsychiatrischen Abteilungen (hauptsächlich internen Abteilungen) verzeichnet.

Von den genannten Patientinnen und Patienten wurden im Jahr 2007 insgesamt 112.907 Aufenthalte und rund 1,7 Mio. Belagstage registriert. Die Aufenthalte aufgrund einer F-Hauptdiagnose machten insgesamt in diesem Jahr fünf Prozent aller Krankenhausaufenthalte aus. Es wurden mehr Patientinnen als Patienten behandelt, der Frauenanteil betrug 56 Prozent. Pro Aufenthalt waren 15 Belagstage zu verzeichnen. Bedingt durch Mehrfachaufnahmen bei einem Teil der behandelten Personen, ergibt dies durchschnittlich 24 Belagstage pro Patientin bzw. Patient.

Am häufigsten wurden Hauptdiagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen (F30–F39) gestellt, gefolgt von psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) und neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48). Bei Frauen stehen die affektiven Störungen an erster Stelle, bei Männern die psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen.

Die meisten Belagstage pro Patientin bzw. Patient und Jahr werden bei der Schizophrenie (F20) vor Essstörungen (F50) und schizoaffektiven Störungen (F25) verzeichnet. Bei einer detaillierteren Betrachtung der Hauptdiagnosen zeigt sich, dass bei Frauen die meisten Aufenthalte auf eine depressive Episode (F32) zurückzuführen sind, gefolgt von rezidivierender depressiver Störung (F33) und psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10). Bei den Männern werden die meisten Aufenthalte wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor depressiven Episoden (F32) und Schizophrenie (F20) gezählt.

Der Hauptverband führt gerade eine Studie über „Drehtürpatienten“ durch, deren Ergebnisse hier noch nicht einfließen können.



Die zu dieser Dimension durchgeführten Experteninterviews zeigen folgendes Bild: Immer kürzer werdende Aufenthalte auf den Stationen bedingen eine intensive außerstationäre Nachbetreuung, die derzeit zu wenig gewährleistet ist. Es fehlen offensichtlich verbindlich durchzuführende Betreuungspläne. Die psychosozialen Dienste tragen offensichtlich die Hauptlast der Nachversorgung – eine daneben existierende vielfältige Betreuungslandschaft „sucht sich ihre zu Betreuenden aus“. Mit verursacht durch gesplittete Kompetenzverteilung bzw. Finanzierungszuordnung zwischen Gesundheits- und Sozialbereich finden die Patientinnen und Patienten oft nicht die richtige Betreuung.

Die Krankenanstalten erbringen auch tagesklinische und ambulante Leistungen für psychisch Erkrankte.

7.1.1 Allgemeinpsychiatrie

Mit Stand November 2009 wurden insgesamt rund 3.380 Betten in Österreich für die (allgemein)psychiatrische Versorgung vorgehalten. Dies entspricht einer Bettenmessziffer von 0,41 tatsächlichen PSY-Betten pro 1.000 EW und liegt damit etwa im Mittel des definierten Rahmens von 0,3 bis 0,5 Betten pro 1.000 EW. Im Vergleich zum Vorjahr gab es einen Anstieg von rund 0,01 Betten pro 1.000 EW, wobei sich dieser vor allem durch die Neu-Zuordnung von Kostenstellen des psychiatrischen Langzeitbereichs oder der Forensik ergibt.

Für die Psychiatrie (PSY) sind im ÖSG Bedarfsrichtwerte in Form von Mindest- und Höchst-Bettenmessziffern sowie in Form von Erreichbarkeitskriterien festgelegt. Demnach wird ein Bedarf von 0,3 bis 0,5 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (EW) als Rahmen definiert. Dieser Planungsrichtwert umfasst nicht die Versorgung von chronisch psychisch Kranken, die langfristige gerontopsychiatrische Versorgung, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Psychosomatik, die forensische Psychiatrie sowie die Abhängigkeitserkrankungen (der akute Entzug ist jedoch der PSY zuzurechnen) (GÖG/ÖBIG 2009).

7.1.2 Kinder- und Jugendpsychiatrie

In Österreich gibt es mit Stand November 2009 insgesamt rund 388 Kinder- und Jugendpsychiatrie-Betten; dies entspricht einer bundesweiten Bettenmessziffer von 0,05 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW und liegt somit unterhalb der unteren Grenze des BMZ-Sollintervalls.

Bezogen auf den aktuellen Bevölkerungsstand ergibt sich aus den Bettenrichtwerten ein Bedarf von 500 bis 833 KJP-Behandlungsplätzen in Österreich. Im Vergleich mit dem Ist-Stand sind derzeit etwas mehr als drei Viertel des definierten Mindestbedarfs verwirklicht. Demnach wären künftig mindestens noch 112 weitere KJP-Betten einzurichten.

7.1.3 Abhängigkeitserkrankungen

Insgesamt werden rund 988 Betten in Österreich für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt; auf Österreich-Ebene entspricht dies 0,12 tatsächlichen Betten pro 1.000 EW.

Für die Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen (ABH) wird im ÖSG 2008 insbesondere darauf hingewiesen, dass die Planungsgrundlage für diesen psychiatrischen Spezialbereich eine breite interdisziplinäre Sichtweise sein muss, die die Bereiche Krankenhäuser, extramurale Versorgung sowie den Sozialbereich berücksichtigt.

Insgesamt werden rund 988 Betten in Österreich für die längerfristige Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer Suchtdiagnose bereitgestellt;



7.1.4 Stationäre Aufenthalte aufgrund psychischer Erkrankungen an allen Abteilungen

Die meisten Belagstage pro Patientin bzw. Patient und Jahr werden bei der Schizophrenie (F20) vor Essstörungen (F50) und schizoaffektiven Störungen (F25) verzeichnet. Bei einer detaillierteren Betrachtung der Hauptdiagnosen zeigt sich, dass bei Frauen die meisten Aufenthalte auf eine depressive Episode (F32) zurückzuführen sind, gefolgt von rezidivierender depressiver Störung (F33) und psychischer und Verhaltensstörung durch Alkohol (F10).

Bei den Männern werden die meisten Aufenthalte wegen psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor depressiven Episoden (F32) und Schizophrenie (F20) gezählt.

7.1.5 Stationäre Aufenthalte an psychiatrischen Abteilungen

Der folgende Abschnitt behandelt Auswertungen, für die ausschließlich Daten aus dem psychiatrischen Bereich herangezogen wurden, nämlich aus den LKF-Abteilungsgruppen Psychiatrie und Neurologie (61), Psychiatrie (62) und Kinder-Neuropsychiatrie (64). Diese Abteilungsgruppen werden im Text unter dem Begriff „PSY-Abteilungen“ zusammengefasst.

Im Jahr 2007 wurden in Österreich 51.885 Patientinnen und Patienten oder 0,6 Prozent der Versicherten, in PSY-Abteilungen stationär behandelt. 53 Prozent davon waren weiblich und 47 Prozent männlich. 86 Prozent wurden wegen F-Hauptdiagnosen nach ICD-102 behandelt, bei den restlichen 14 Prozent wurden somatische Hauptdiagnosen dokumentiert.

Für die 44.440 Patientinnen und Patienten mit F-Hauptdiagnosen wurden im Jahr 2007 insgesamt 79.055 Aufenthalte und 1.391.246 Belagstage verzeichnet. Das entspricht rund 31 Belagstagen pro Patientin bzw. Patient und rund 18 Tagen pro Aufenthalt.

Bei folgenden Hauptdiagnosen wird ein Anteil von zumindest 75 Prozent der Aufenthalte an PSY-Abteilungen dokumentiert: Schizophrenie (F20), Schizoaffektive Störung (F25), Bipolare affektive Störung (F31), Rezidivierende depressive Störung (F33), Spezifische Persönlichkeitsstörung (F60) und Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Bei einer detaillierteren Betrachtung zeigt sich, dass bei Aufenthalten von Frauen wegen F-Hauptdiagnosen die häufigsten Hauptdiagnosen die depressive Episode (F32) vor der rezidivierenden depressiven Störung (F33), den Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) und den psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) waren. Bei Aufenthalten von Männern wegen F-Hauptdiagnosen waren es hingegen die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) vor Schizophrenie (F20), depressiver Episode (F32) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43).

Die meisten Belagstage pro Patientin/Patient und Jahr (unter Berücksichtigung von Mehrfachaufnahmen) werden verzeichnet bei Schizophrenie (F20) mit rund 53 Tagen vor Essstörungen (F50) mit rund 47 Tagen, schizoaffektiven Störungen (F25) mit rund 41 Tagen und bipolaren affektiven Störungen (F31) mit rund 36 Tagen. Die jährliche Wiederaufnahmerate beträgt bei Essstörungen 2,5, bei Schizophrenie 2,0, bei schizoaffektiven und bipolaren Störungen jeweils 1,8. Das heißt, dass beispielsweise bei der Diagnose Schizophrenie die Patientinnen und Patienten im Schnitt zweimal im Jahr stationär aufgenommen wurden.



Patientinnen und Patienten mit somatischen Hauptdiagnosen an PSY-Abteilungen

Bei den 7.445 Patientinnen und Patienten mit somatischen Hauptdiagnosen waren die häufigsten Hauptdiagnosen episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40–G47) mit rund 15 Prozent der Aufenthalte vor zerebrovaskulären Krankheiten (I60–I69) mit rund 14 Prozent, sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50–M54) mit rund 12 Prozent, sonstigen degenerativen Krankheiten des Nervensystems (G30–G32) mit rund neun Prozent und extrapyramidalen Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20–G26) mit rund sieben Prozent der Aufenthalte.

Altersgruppen

Bei der Betrachtung der Personengruppe mit F-Hauptdiagnosen ist bei Männern und Frauen die Gruppe der 45- bis 49-jährigen Personen am stärksten vertreten. Während bis zum 59. Lebensjahr mehr Männer wegen F-Hauptdiagnosen behandelt werden, ist der Frauenanteil in den Gruppen über 60 Jahren höher als der Männeranteil.

7.1.6 Stationäre Aufenthalte an nicht-psychiatrischen Abteilungen

Rund 70 Prozent aller Aufenthalte wurden auf PSY-Abteilungen (Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie, Kinder-Neuropsychiatrie) registriert, 19 Prozent der Aufenthalte entfielen auf Abteilungen für Innere Medizin, gefolgt von Abteilungen für Kinderheilkunde und Abteilungen für Neurologie. Bei den auf nicht-psychiatrischen Abteilungen behandelten Personen liegt die Diagnosegruppe der affektiven Störungen (F30–F39) an erster Stelle, gefolgt von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40–F48) und organischen, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09).

Auffällig ist, dass es je nach Hauptdiagnose Unterschiede hinsichtlich der behandelnden Abteilungen gibt. Während rund 95 Prozent der Aufenthalte wegen der Hauptdiagnose Schizophrenie (F20) in PSY-Abteilungen verzeichnet werden, sind dies beispielsweise bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) rund 73 Prozent, bei depressiven Episoden (F32) nur 60 Prozent und bei psychischen und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) nur 49 Prozent. Mit Ausnahme der Essstörungen, bei denen Abteilungen für Kinderheilkunde ebenfalls eine Rolle spielen, sind es vor allem interne Abteilungen, die häufig Patientinnen und Patienten mit F-Hauptdiagnosen behandeln.

7.1.7 Nachbetreuung nach einem stationären Aufenthalt

Die Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten erfolgt zumeist durch den Hausarzt, gefolgt von Fachärzten für Psychiatrie. Einschränkend muss jedoch gesagt werden, dass es bei dieser Form der Nachbetreuung vor allem um die Medikamentenverschreibung geht und nicht um Gesprächsleistungen und auch nicht um psychosoziale Betreuung. Der Hausarzt nimmt auch deshalb einen quantitativ so hohen Stellenwert ein, weil in den meisten Regionen zu wenig niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie vorhanden sind und daher keine nahtlose Weiterbetreuung stattfinden kann, wenn die Terminvergabe beim Facharzt erst in einigen Wochen nach der Entlassung möglich ist. Die Spitalsambulanzen und die sozialpsychiatrischen Dienste spielen je nach Region bzw. Standort eine unterschiedliche Rolle.

Von mehreren Experten wird gesagt, dass die Nachbetreuung nach einer stationären Behandlung verbesserungsbedürftig ist, insbesondere fehlt ein verbindlich einzuhaltender Behandlungsplan. Viele



Institutionen würden sich die Patienten aussuchen, der PSD betreue dann den Rest (und ist in der Regel finanziell unterdotiert).

7.2 Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Akutversorgung

Seit Beginn der Dezentralisierung im Jahre 1987 (KFJ-Spital, Wien) wurden 14 von derzeit 20 im Rahmen der RSG geplanten Fachabteilungen umgesetzt. In Vorarlberg und im Burgenland ist derzeit keine Dezentralisierung vorgesehen. In den Bundesländern Niederösterreich, Oberösterreich und Salzburg ist die Dezentralisierung weitgehend abgeschlossen. In Tirol und Wien sind noch nicht alle geplanten Standorte umgesetzt, in der Steiermark und in Kärnten ist die Dezentralisierung nach wie vor im Planungsstadium. Die psychiatrischen Abteilungen werden sehr gut angenommen und stoßen zum Teil bereits an ihre Kapazitätsgrenzen. Die Konsiliar-Angebote der psychiatrischen Abteilungen werden an allen Standorten ebenfalls sehr gut angenommen. Die Anbindung der psychiatrischen Abteilung an ein allgemeines Krankenhaus und damit die Möglichkeit zur interdisziplinären Arbeit werden in der Praxis als der größte Vorteil der Dezentralisierung erachtet. Dass die Dezentralisierung zur Entstigmatisierung psychischer Krankheit beiträgt und die Vernetzung mit den außerstationären Leistungsanbietern ermöglicht, wird als weiterer Vorteil gesehen.

Die Dezentralisierung ist nach wie vor nicht abgeschlossen, die geplanten Standorte sollten möglichst rasch realisiert werden. Als größte Herausforderungen neben dem weiteren Ausbau der Dezentralisierung sind für die zukünftige erfolgreiche Weiterentwicklung der Versorgung die folgenden Bereiche zu nennen: Lösung des Problems eines sich abzeichnenden Personalmangels in den Bereichen ärztliches Personal und psychiatrisches Pflegepersonal, Konzentration von Spezialangeboten an einzelne Standorte, adäquater Ausbau ambulanter Einrichtungen und Dienste, Forcieren von Vernetzungstätigkeiten.

Die Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Versorgung stellt ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel dar und ist im ÖSG festgelegt. Sie soll durch Einrichtung von Abteilungen für Psychiatrie an allgemeinen Akutkrankenhäusern erreicht werden.

7.3 Tagesklinische Angebote in der Psychiatrie

7.3.1 Überblick

Die Tagesklinik wird als ein Bereich zwischen vollstationärer und ambulanter Behandlung definiert mit einer wichtigen Nahtstellenfunktion zwischen diesen Versorgungsbereichen. Die Frage, ob die Tagesklinik eine stationäre Behandlung ersetzt oder erst im Anschluss an eine stationäre Behandlung erfolgt oder im Übergang zu einer ambulanten Behandlung indiziert ist, kann nicht eindeutig einer Möglichkeit zugeordnet werden. Nach den vorliegenden Rückmeldungen kann die psychiatrische Tagesklinik grundsätzlich alle drei genannten Funktionen bzw. Ausrichtungen annehmen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaß.

Die tagesklinische Behandlung wird nur zum Teil anstelle des stationären Behandlungsangebots eingesetzt. Dies ist beispielsweise bei jenen Personen der Fall, die von sich aus früh genug Hilfe



aufsuchen, bevor also die Krankheitssymptome so akut sind, dass eine stationäre Aufnahme unvermeidlich ist, oder wenn es sich um leichtere Erkrankungsformen handelt.

Die Tagesklinik wird hauptsächlich als Nachbehandlungseinrichtung nach einem stationären Aufenthalt oder bei leichter erkrankten Personen als Übergang zu einer ambulanten Behandlung betrachtet. Die Patientinnen und Patienten können durch das Angebot der Tagesklinik zum Teil rascher aus der stationären Behandlung entlassen werden.

Der Anteil der Tagesklinik-Plätze an den gesamten allgemeinpsychiatrischen Bettenkapazitäten liegt bei elf Prozent.

Derzeit sind in Österreich 24 allgemeinpsychiatrische Tageskliniken mit insgesamt 303 Plätzen eingerichtet (inkl. drei Tageskliniken des PSD und vier Tageskliniken im OWS). Tageskliniken stellen mittlerweile einen integrierten Bestandteil der allgemeinpsychiatrischen Versorgung dar. Dies wird u. a. daran deutlich, dass bei Einrichtung von neuen dezentralen psychiatrischen Abteilungen in den letzten Jahren zumeist auch psychiatrische Tageskliniken eingerichtet bzw. konkret geplant wurden (vgl. LK Thermenregion Baden, KH SSR Braunau, LKH Steyr, LKH Vöcklabruck, KH Schwarzach). Derzeit wird nur in den Bundesländern Burgenland und Vorarlberg keine tagesklinische psychiatrische Behandlung angeboten. Die meisten Tagesklinik-Plätze sind in Wien und Oberösterreich vorhanden. Die Größe der Tageskliniken schwankt zwischen sechs und 20 Behandlungsplätzen, die durchschnittliche Größe beträgt rund 13 Behandlungsplätze.

In Teilbereichen gibt es Überschneidungen zwischen den Funktionen der stationären, tagesklinischen und außerstationären (ambulanten) Versorgungsangebote, was durchaus sinnvoll ist.

7.4 Stationäre psychosomatische Versorgung²⁵

7.4.1 Einleitung

Für die psychosomatische Versorgung von Erwachsenen gibt es mit Stand 2009 insgesamt acht bettenführende und sieben nicht-bettenführende Einheiten, die mit entsprechendem Funktionscode gemeldet sind. Für Kinder und Jugendliche werden insgesamt an neun Abteilungen für KI PSO-Schwerpunkte bzw. -Departments angeboten.

Das psychosomatische Versorgungsangebot im stationären Akutbereich umfasst folgende Strukturen, die einen dem psychosomatischen Leistungsbereich entsprechenden Funktionscode tragen:

- bettenführende Einheiten
- an acht Standorten für Erwachsene und
- an neun Standorten und für Kinder und Jugendliche,
- nichtbettenführende Einheiten wie Ambulanzen und CL-Dienste
- an sieben Standorten für Erwachsene und
- an fünf Standorten für Kinder und Jugendliche.

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich somit die Anzahl der PSO-Einheiten für Erwachsene verringert, die für Kinder und Jugendliche ist gewachsen. In keinem der beiden Versorgungsbereiche

²⁵ GÖG/ÖBIG 2009e: Aufbau der Psychosomatik in Österreich. Begleitung und Steuerung im Jahr 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien



sind bisher die im ÖSG 2008 angegebenen Mindestrichtwerte bezüglich der stationären Kapazitäten erreicht.

7.4.2 Stationäre PSO–Angebote für Erwachsene

Mit Ausnahme des Burgenlandes und von Salzburg gibt es in jedem Bundesland eine bettenführende PSO–Einheit mit entsprechendem Funktionscode für die Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten.

Zielgruppen und Behandlungsangebote haben sich bei den Einheiten, die bereits 2006 bzw. 2007 bestanden, bis auf wenige Ausnahmen, nicht verändert. Mit Ausnahme der PSO–Einheiten in Waiern/Feldkirchen, Villach und im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien, ist das Angebot ausschließlich auf die mehrwöchige multimodale (psycho)therapeutische Behandlung konzentriert.

Die Aufenthaltsdauern betragen im Durchschnitt mindestens vier Wochen.

7.4.3 Probleme der akutstationären PSO–Versorgung in den Bundesländern

Schwerpunkt der psychosomatischen Versorgung bildet die mehrwöchige multimodale psychotherapeutische Behandlung von Patientinnen und Patienten mit somatoformen Störungen und stabiler Therapiemotivation und –eignung. Der Großteil wird vom niedergelassenen Bereich überwiesen. Überweisungen von somatischen Abteilungen (z. B. Innere Medizin) sind eher die Ausnahme. Gründe dafür dürften im nach wie vor mangelnden Bekanntheitsgrad und/oder der geringen Akzeptanz der Psychosomatik innerhalb der somatischen Medizin zu suchen sein, aber auch Bestandssicherung könnte eine Rolle spielen. Es wäre zu diskutieren, inwieweit entsprechende Behandlungspfade das Hinzuziehen von psychosomatischem Fachpersonal garantieren und somit Kosten sparen könnten.

7.4.4 Stationäre PSO–Angebote für Kinder und Jugendliche

Derzeit sind in fünf Bundesländern PSO–Schwerpunkte und ein –Department mit entsprechenden Funktionscodes für Kinder und Jugendliche eingerichtet (siehe Tabelle 32 im Anhang). PSO–Behandlungsangebote gibt es auch in den Abteilungen für KI im KH der BBR in Eisenstadt und im Thermenklinikum Mödling. Diese wurden jedoch bislang nicht als PSO–Struktur mit entsprechendem Funktionscode gemeldet. Auf Basis der GÖG/ÖBIG–eigenen Erhebungen 2009 ist insgesamt erst etwas mehr als die Hälfte des erforderlichen Mindestbedarfs an stationären Kapazitäten gedeckt. Im Vergleich mit der letzten Erhebung des Ist–Standes 2004 (ÖBIG 2004) sind in Oberösterreich drei PSO–Schwerpunkte (LKH Steyr, LKH Vöcklabruck und Klinikum Wels–Grieskirchen), in Salzburg ein PSO–Department (LKH Salzburg) und in der Steiermark ein PSO–Schwerpunkt (LKH Leoben) neu eingerichtet worden.

Darüber hinaus wird in Niederösterreich im Landeskrankenhaus St. Pölten, an der Universitätsklinik Innsbruck und im AKH Wien eine Ambulanz für Kinder und Jugendliche auch mit psychosomatischem Behandlungsbedarf angeboten (Kostenstellstatistik 2008). Auch die Ambulanzen des PSO–Schwerpunktes für Säuglinge sowie des für Jugendliche in der Abteilung für KI im Wilhelminenspital sind in der Kostenstellenstatistik 2008 erfasst.

Die Zielgruppen der PSO–Einheiten sind Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr. Die spezielle Problematik im Säuglingsalter wird insbesondere in den Universitätskliniken für KI in Salzburg und in Graz sowie im Wilhelminenspital behandelt: Im PSO–Department der Universitätsklinik für KI im LKH Graz werden frühe Ess– und Fütterungsstörungen behandelt.



Die häufigsten Problemstellungen bei Kindern und Jugendlichen sind körperliche und neurotische Entwicklungsstörungen, (chronische) somatische Erkrankungen mit erheblicher Beteiligung von psychosozialen Faktoren (z. B. Asthma, Dermatitis, Ulcus, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, Colon irritabile, rezidivierende Infektionen), somatische Beschwerden ohne organpathologischen Befund (wie z. B. Bauch-, Kopf-, Glieder-, Rücken- und Herzschmerzen, Schlafstörungen, Obstipation, Einnässen, Einkoten) sowie Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas). Dazu kommen Verhaltensprobleme (z. B. Schulverweigerer), Depressionen, Angststörungen und Zwänge.

Das Behandlungsangebot umfasst Diagnostik und Triagierung (stationäre Aufnahme in der PSO, Zuweisung in die KJP, zu niedergelassenen Ärztinnen, zu niedergelassenen Psychotherapeutinnen, einschlägigen Institutionen etc.) medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung, Angehörigenarbeit und Elterngespräche, tagesstrukturierende Angebote sowie die Einleitung und Vermittlung weiterführender Betreuung und die damit einhergehende Vernetzung mit den entsprechenden Jugendämtern, Beratungszentren, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten etc..

Sämtliche PSO-Schwerpunkte und -Departments verfügen über Ambulanzen, je nach Größe der Einheit werden hier auch zielgruppenspezifische Angebote vorgehalten (z. B. eigene Ambulanzen für Schrei-, Schlaf- und Fütterungsstörungen).

Die personelle Ausstattung besteht meist aus multiprofessionellen Teams mit FÄ für KI mit den ÖÄKDiplomen für psychosomatische und psychotherapeutische Medizin, FÄ für KJP, diplomiertes Pflegepersonal, Personal der Klinischen Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Pädagogik sowie fallweise auch therapeutisches Personal aus den Bereichen Musik, Kunst und Bewegung. In einigen PSO-KJ-Schwerpunkten kann in Bezug auf die zeitlichen Kapazitäten v. a. des therapeutischen Personals (z. B. Ergo- und Physiotherapeutinnen, Logopädinnen) oftmals zwischen dem zeitlichen Einsatz in der Abteilung oder dem Krankenhaus insgesamt und dem in der PSO-Einheit nicht genau differenziert werden. Daher wurden keine Angaben gemacht oder Schätzungen in Bezug auf die Wochenstunden angeben.

7.4.5 Psychosozialer Konsiliar- und Liaisondienst

Der Entwurf zu den Qualitätskriterien für den Konsiliar- und Liaisondienst (CÖG/ÖBIG 2008) zielt auf die CL-Versorgung sämtlicher Zielgruppen im Allgemeinkrankenhaus ab. Das sind Patientinnen und Patienten in Allgemeinkrankenhäusern mit Ausnahme von Fachabteilungen für Psychiatrie und solchen für Kinder- und Jugendpsychiatrie

- mit „klassischen“ psychiatrischen Erkrankungen und Hauptdiagnosen wie z. B. mit Alkoholabhängigkeit, gerontopsychiatrischen Erkrankungen, „Major Depression“;
- mit somatoformen Störungen, wie z. B. funktionelle Herz-Kreislauf-Störungen, funktionelle Atembeschwerden, funktionelle Oberbauchbeschwerden, Colon irritabile, psychogenes Erbrechen, Kopfschmerz und chronischer Tinnitus;
- mit Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen mit körperlichen Auswirkungen, wie z. B. Anorexie, Bulimie, Adipositas, artifizielle Störungen (Selbstverletzung);
- mit organpathologischer Diagnose und massiven psychosozialen Belastungen bzw. psychischer Komorbidität: Komplexe Patientinnen und Patienten z. B. mit onkologischen Erkrankungen, chronischen Schmerzkrankheiten, Diabetes, Behinderung, Herzinfarkt und solche,
- die unter psychosozialen Konflikten und Problemen im Zusammenhang mit bestimmten medizinischen Untersuchungen und Behandlungen leiden, wie z. B. bei chirurgischen Eingriffen,



Dialysepflicht, intensivmedizinischer Behandlung, Transplantation, Amputation, In-vitro-Fertilisation und genetischer Beratung.

Abschließende Anmerkung

Der von den ExpertInnen oftmals als problematisch bezeichnete „Schnittstellenbereich“ zwischen stationärer und außerstationärer Versorgung sollte genauer untersucht werden. Ausgangsbasis könnte dabei eine neue, Anfang 2011 abgeschlossene Studie über einschlägige „Heavy User“ im Gesundheitssystem sein. Diese Studie enthält Daten über die Anzahl von repetitiven Entlassungen von PatientInnen mit psychiatrischen Diagnosen aus Krankenanstalten hinsichtlich der Bundesländer Wien, NÖ, Burgenland und Oberösterreich sowie z.B. Korrelationen mit einem Krankenstandbeginn nach den Entlassungen.



8 Rehabilitation und Frühpensionierung

Dr. Johannes Gregoritsch (HVB), Mag. Andreas Vranek (HVB); unter Mitarbeit von GÖG/ÖBIG

8.1 Rehabilitation

Im österreichischen Pensionsversicherungsrecht gilt der Grundsatz: „Rehabilitation vor Pension“. Derzeit stehen über 400 stationäre Rehabilitationsbetten für den psychischen Bereich zur Verfügung. Der Regelaufenthalt beträgt 6 Wochen, jährlich können mindestens 3500 Personen betreut werden. Der Bereich wird in den folgenden Jahren konsequent ausgebaut werden.

Angst- und Persönlichkeitsstörungen sind die häufigsten Krankheitsbilder in der psychiatrischen Rehabilitation.

Die Wartezeit auf einen Rehabilitationsplatz beträgt rund 6 Monate.

Das psychiatrische Rehabilitationskonzept versteht sich als Bindeglied zwischen psychiatrischer Akutversorgung und beruflicher Rehabilitation.

Da Rehabilitationsmaßnahmen oft isoliert erfolgen, sollte eine Gesamtkonzeption der Betreuung psychisch Kranker sichergestellt werden. Es sollte vor allem im Anschluss an den stationären Aufenthalt in Zukunft ein verstärktes Augenmerk auf das Schnittstellenmanagement zwischen Rehabilitations-Einrichtung, dem Sozialversicherungsträger, dem Arbeitsmarktservice und dem niedergelassenen Bereich gelegt werden. Das Angebot der derzeitigen Einrichtungen besteht in einer Kombination von fachärztlichen Interventionen, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, sozialem Training bis hin zur Ayurveda-Massage. Je früher man mit Maßnahmen beginnt, desto wahrscheinlicher ist ihr Erfolg. Gegenwärtig wird, besonders im Bereich der Selbständigen, hierbei zu spät angesetzt.

Die medizinische Notwendigkeit, die Rehabilitationsfähigkeit und die „Krankheitskarriere“ sind die entscheidenden Bewilligungskriterien.

Die Betreuungskosten pro Patient pro Tag (Unterbringung, Verpflegung und komplettes therapeutisches Angebot) betragen zwischen € 162.- und € 167.-.

In der Psychiatrie macht im Übrigen vor allem die Rehabilitation Sinn, im Gegensatz zu Kuren oder sonstigen Maßnahmen zur Festigung der Gesundheit.

Leider gilt auch für diese Dimension, dass die Datenqualität stark verbesserungsbedürftig ist.

8.2 Frühpensionierung

Die Problematik ständig steigender Frühpensionierungen birgt einen gesellschaftspolitisch hochbrisanten Sprengstoff in sich. Sie kann aber sicher nicht alleine wegen steigender Krankheitslast der psychischen Krankheiten erklärt werden. Von Experten wird diesbezüglich manchmal die Unsicherheit oder die mangelnde Präzision im Rahmen der Diagnostik, aber auch der Umstand, dass die psychische Dimension ein „Schlupfloch“ darstellt, angesprochen.

Die Zahl der Frühpensionisten betrug im Jahr 2008 450.644, davon sind 86.600 Frühpensionierungen auf psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen, das heißt 19,2% aller Frühpensionen entfallen auf diese Krankheitsgruppe.



Die Neuzugänge steigerten sich stark von 2006 auf 2009, nämlich von 7.562 auf 9.144 Personen. Die geringeren Werte in den unten angeführten Tabellen sind auf die noch nicht vorhandenen Angaben der Sondersicherungsträger zurückzuführen. Das Durchschnittsalter der Frühpensionierungen bei psychischen Erkrankungen liegt zwischen 40 und 50 Lebensjahren.

Im Übrigen ist seit Beginn der 1990er Jahre ein kontinuierlicher Anstieg bei den psychischen Erkrankungen zu beobachten. Seit 2007 sind die psychiatrischen Erkrankungen die Hauptursache für Neuzuerkennungen. Dieser Trend wird sich wahrscheinlich fortsetzen.

Bei der Zuerkennung einer Frühpension ist immer auch der Berufsschutz (Zumutbarkeit einer alternativen Beschäftigung) zu berücksichtigen. Die Daten bei Zuerkennungen sind dadurch nicht 1:1 mit der Verteilung der Erkrankungen zu vergleichen.

Es gibt keine bestimmten Krankheitsparameter, die vorliegen müssen, bevor eine BU / IV / EUP zugestanden wird. Es findet eine individuelle Begutachtung statt.

Die Krankheitsbilder waren in den letzten 15–20 Jahren vorrangig orthopädische Diagnosen. Diese haben „treppenförmig“ abgenommen und psychische Erkrankungen haben zugenommen. Von 2003 auf 2009 handelt es sich um 5 Prozentpunkte minus bei orthopädischen, bei psychischen Erkrankungen um plus 9%. Es gibt keine Daten über die Häufung bestimmter Krankheitsbilder bzw. Änderungen im Patientenkollektiv. Modediagnosen („Burn-Out“) spielen keine Rolle, da bei der Begutachtung auf Störungen der Funktionsfähigkeit der Menschen eingegangen wird. Eventuelle Komorbiditäten, die im Zusammenhang mit einer vorzeitigen Pensionierung aufgrund eines psychiatrischen Leidens auftreten, werden nicht statistisch erfasst.

Eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Behandlern (niedergelassener Bereich, Krankenhäuser), Gutachtern und den Pensionsversicherungsträgern wäre wünschenswert. Ein Datenaustausch wird zwar versucht, dieser wird jedoch durch Datenschutzbestimmungen behindert.

Zur Erarbeitung erfolgreicher Strategien im Umgang mit dem Themenkomplex „*Invaliditätspension und Berufsunfähigkeitspension bzw. Erwerbsunfähigkeitspension in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen*“ bedarf es einer fundierten Ursachenforschung, des Herausfilterns von gefährdeten Gruppen und der Beantwortung der Frage, welche Interventionen man zur Vermeidung von Frühpensionen setzen könnte.

Übersicht :Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Bundesländern 2010

| Bundesland / GKK | Gesamtzahl der Invaliditäts- bzw. BU-Pensionen wegen psychiatrischer Erkrankungen* | Anteil an gesamten I-/BU-Pensionen (in %) |
|------------------|--|---|
| Burgenland | 158 | 20,7% |
| Kärnten | 674 | 32,0% |
| Niederösterreich | 1.025 | 30,5% |
| Oberösterreich | 1.425 | 38,7% |
| Salzburg | 294 | 27,16% |
| Steiermark | 2.116 | 47,4% |
| Tirol | 730 | 35,0% |
| Vorarlberg | 369 | 34,7% |
| Wien | 1.423 | 33,5% |
| Österreich** | 8.561 | 35,5% |



* Ohne Sondersicherungsträger ** Die Österreich-Zahlen sind inklusive Pensionen aus dem Ausland, daher ist die Gesamtsumme höher als die Summe der Trägerzahlen.

Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Altersgruppen (absolute Anzahl) 2010

| Bundesland | Summe | Altersgruppe | | | | | 65 u. älter |
|-------------------|-------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| | | bis 29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | |
| Österreich GESAMT | 8.561 | 517 | 1.039 | 2.450 | 4.157 | 388 | 10 |
| Niederösterreich | 1.025 | 72 | 136 | 311 | 459 | 47 | - |
| Burgenland | 158 | 5 | 27 | 36 | 77 | 13 | - |
| Kärnten | 674 | 42 | 68 | 184 | 352 | 28 | - |
| Salzburg | 294 | 14 | 26 | 89 | 152 | 13 | - |
| Oberösterreich | 1.425 | 90 | 181 | 391 | 715 | 48 | - |
| Steiermark | 2.116 | 112 | 218 | 613 | 1.126 | 47 | - |
| Tirol | 730 | 51 | 102 | 217 | 339 | 21 | - |
| Vorarlberg | 369 | 31 | 46 | 100 | 173 | 19 | - |
| Wien | 1.423 | 94 | 209 | 459 | 595 | 64 | 2 |
| Auslandspensionen | 347 | 6 | 26 | 50 | 169 | 88 | 8 |

Berufsunfähigkeits-/Invaliditätspensionen in der PV nach Altersgruppen (in Prozent) 2010

| Bundesland | Summe | Altersgruppe | | | | | 65 u. älter |
|-------------------|--------|--------------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| | | bis 29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | 60-64 | |
| Österreich GESAMT | 100,0% | 6,0% | 12,1% | 28,6% | 48,6% | 4,5% | 0,1% |
| Niederösterreich | 100,0% | 7,0% | 13,3% | 30,3% | 44,8% | 4,6% | 0,0% |
| Burgenland | 100,0% | 3,2% | 17,1% | 22,8% | 48,7% | 8,2% | 0,0% |
| Kärnten | 100,0% | 6,2% | 10,1% | 27,3% | 52,2% | 4,2% | 0,0% |
| Salzburg | 100,0% | 4,8% | 8,8% | 30,3% | 51,7% | 4,4% | 0,0% |
| Oberösterreich | 100,0% | 6,3% | 12,7% | 27,4% | 50,2% | 3,4% | 0,0% |
| Steiermark | 100,0% | 5,3% | 10,3% | 29,0% | 53,2% | 2,2% | 0,0% |
| Tirol | 100,0% | 7,0% | 14,0% | 29,7% | 46,4% | 2,9% | 0,0% |
| Vorarlberg | 100,0% | 8,4% | 12,5% | 27,1% | 46,9% | 5,1% | 0,0% |
| Wien | 100,0% | 6,6% | 14,7% | 32,3% | 41,8% | 4,5% | 0,1% |
| Auslandspensionen | 100,0% | 1,7% | 7,5% | 14,4% | 48,7% | 25,4% | 2,3% |

9 Prävention / Gesundheitsförderung

Alle SV-Träger wurden im Juni 2010 angeschrieben, mit der Bitte alle Projekte, Maßnahmen, Kooperationen etc. zu benennen, die im Bereich Psychische Gesundheit/Prävention²⁶ durchgeführt wurden oder laufend werden. Rückmeldungen kamen vom Hauptverband, von den Bundesträgern AUVA, SVA, SVB und VAEB sowie von allen GKK's²⁷.

In Summe wurden 37 Projekte genannt, davon bezogen sich vier auf die Betriebliche Gesundheitsförderung, die durch den Träger angeboten wird, drei auf die Schulische Gesundheitsförderung.

Sieben Projekte waren einmalige Kurzveranstaltungen.

Einschätzung

Die Auflistung der Projekte zeigt, dass Psychische Gesundheit in den Gesundheitsförderungs- oder Präventionsprojekten der KV-Träger bisher keine zentrale Rolle spielte. Vorreiter ist die VAEB, die auf Basis eines umfassenden Konzepts Angebote für ihre Zielgruppen erstellt hat. Bei den anderen Trägern beschränkte sich das Thema Psychische Gesundheit bisher auf eher punktuelle Angebote.

Der Start zur Erarbeitung strategischer Konzepte sowohl von Seiten des HV als auch der OÖGKK zeigt aber, dass dieses Defizit bereits erkannt wurde.

²⁶ Als gesundheitliche Prävention werden Strategien bezeichnet, die spezifische Risikofaktoren für Krankheiten vermindern. Gesundheitsförderung hingegen zielt auf die Verbesserung der Gesundheit und der dazu nötigen Kompetenzen der gesamten Bevölkerung in ihrem Alltagsleben (Gesundheitsorientierung). Gesundheitsförderung laut WHO zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Gesundheitsförderung und Prävention sind somit zwei getrennte, sich aber ergänzende Aktivitäten. Psychische Gesundheit kann sowohl Thema der Gesundheitsförderung als auch der Prävention sein.

²⁷ Die TGKK und die BVA meldeten, keine Projekte zu haben, die BGKK schickte das Konzept für das Ambulatorium zur Behandlung von Kindern; dieses wurde von uns nicht als Prävention gewertet.

10 Abgrenzungs- und Grundsatzfragen

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe von SV-internen Experten²⁸ wurden wichtige Abgrenzungsfragen für die Krankenversicherungsträger im Bereich der Krankenbehandlung von psychisch Erkrankten und allgemeine Fragestellungen und Themen im Bereich psychische Gesundheit beleuchtet und im Anschluss mit externen Experten²⁹ diskutiert. Das Ergebnis dieser Arbeitsgruppe, welches zahlreiche Inputs der externen Experten beinhaltet, wurde schließlich für diesen Bericht protokolliert und beinhaltet auch Anregungen und Empfehlungen, die über eine Ist-Stand Analyse hinausgehen und für weiterführende Projekte gedacht sind.

10.1 Krankheit und Krankenbehandlung im Sinne des ASVG in Abgrenzung zu nicht krankheitswertigen Störungen, die keinen Leistungsanspruch der gesetzlichen KV auslösen

10.1.1 Krankheitsbegriff dem Grunde nach

Das sozialrechtliche Krankheitsverständnis unterscheidet sich deutlich zum viel weiter gefassten Gesundheitsbegriff der WHO, der Gesundheit als Zustand des vollständigen körperlichen, geistig/seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen versteht. Nach der Legaldefinition des § 120 Abs. 1 Z 1 ASVG ist Krankheit ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht. Nur wenn beide Kriterien – die Regelwidrigkeit und die Behandlungsbedürftigkeit – erfüllt sind, liegt der Versicherungsfall der Krankheit vor und die Sozialversicherung wird leistungszuständig.

Anknüpfungspunkt bei der Beurteilung der Krankheitswertigkeit im Sinne eines regelwidrigen Körper- oder Geisteszustands ist nach der Judikatur das Leitbild des gesunden Menschen: Eine Abweichung von diesem Leitbild, welche die Ausübung von körperlichen oder seelischen Funktionen wesentlich beeinträchtigt, kann als Krankheit gewertet werden. Hervorzuheben ist dabei, dass es sich beim „Leitbild des gesunden Menschen“ nicht um ein „Leitbild eines perfekten Menschen“ handelt. Krankheitswertig ist nicht jede, sondern nur eine wesentliche Abweichung vom „Leitbild des gesunden Menschen“. Wenn bestimmte individuelle Leistungsstandards eines Menschen und/oder seines Umfelds nicht erreicht werden, bedeutet dies noch nicht, dass eine krankheitswertige Störung vorliegt. Eine psychische

²⁸ SGKK: Dr. Markus Kletter, Mag. Karin Hofer, Mag. Elisabeth Wallner, Mag. Susanne Wein; HVB: Prim. Dr. Karl Dantendorfer (Konsulent), Dr. Johannes Gregoritsch; Dr. Eva-Maria Hollerer (pensioniert; ehemals NÖGKK)

²⁹ Dr. Gerald Binter (Lehranstalt für systemische Familientherapie); Prim. Dr. Marc Keglevic (KH Schwarzach); Univ.Prof. Dr. Anton-Rupert Laireiter (Universität Salzburg, Fachbereich Psychologie); Prof. Dr. Anton Leitner, MSc (Donau Universität Krems); Prim. Univ. Prof. Dr. Michael Musalek (Anton-Proksch-Institut); Univ.-Prof. Dr. Alfred Pritz (Sigmund Freud PrivatUniversität Wien)

Erkrankung meint daher im sozialversicherungsrechtlichen Sinn eine erhebliche Beeinträchtigung des Funktionsniveaus bzw. ein nicht hinreichendes Funktionsniveau für Beruf und Lebensalltag. Leichte Beeinträchtigungen durch Belastungen oder Ereignisse, die nur temporär auftreten (Lebenskrisen auf Grund von „Life Events“), können in diesem Sinne nicht als Krankheit gewertet werden, da sie nicht regelwidrig sind („noch im Bereich des Normalen“). So zählt etwa eine normale Trauer nicht als Krankheit, eine pathologische Trauerreaktion hingegen schon.

Ebenso wenig können Persönlichkeitsauffälligkeiten (ehem. Charakterneurosen) als Krankheiten im sozialversicherungsrechtlichen Sinne gewertet werden: Erst wenn Abweichungen so stark ausgeprägt sind, dass sie die Arbeitsfähigkeit und den alltäglichen Lebensvollzug erheblich beeinträchtigen, liegt eine Krankheit im sozialversicherungsrechtlichen Sinne vor.

Während so genannte Lebenskrisen auf Grund von „Life Events“ und „Persönlichkeitsauffälligkeiten“ an sich schon nicht als Krankheit im Sinne des ASVG gewertet werden können, sind auch Zustände, welche zwar vom „Leitbild des gesunden Menschen“ wesentlich abweichen, jedoch nicht mehr mit Mitteln der Krankenbehandlung bzw. Anstaltspflege behandelbar sind (zur Verbesserung des Zustands oder Verhinderung einer Verschlechterung), auch nicht (mehr) als Krankheit im Sinne des ASVG zu werten. Dies trifft etwa auf bestimmte Gruppen von Langzeitpsychiatriepatienten zu, bei denen keine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, sondern nur noch eine psychosoziale Betreuung stattfindet.

10.1.2 Krankheitsbegriff nach der Leistungszuständigkeit

Liegt die Leistungszuständigkeit der SV-Träger dem Grunde nach (Versicherungsfall der Krankheit) vor, wird der Leistungsumfang durch die Bestimmung des § 133 Abs. 2 ASVG begrenzt: Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Sie muss dem Ziel der Wiederherstellung bzw. Festigung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit sowie der Selbstversorgungsfähigkeit der erkrankten Person dienen. Eine Behandlung, die diesen Zielen nicht dient oder zur Erreichung dieser Ziele nicht zweckmäßig oder nicht wirtschaftlich ist, stellt somit keine Krankenbehandlung im Sinne des § 133 ASVG dar. Eine Behandlung, die nicht primär der Beseitigung der Funktionsbeeinträchtigung, sondern darüber hinaus gehenden Zielen (etwa der Persönlichkeitsentwicklung, des Wohlbefindens) dient, stellt keine Krankenbehandlung dar.

Die Leistungszuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung endet mit der Herstellung einer ausreichend gefestigten Funktionsfähigkeit in Arbeit und Lebensalltag (ein stabilisierter Zustand der ehemals kranken Person); die Herstellung eines umfassenden Wohlbefindens schuldet die gesetzliche Krankenversicherung hingegen nicht.

Während die „Zweckmäßigkeit“ die qualitative Eignung der Maßnahme der Krankenbehandlung zur Zielerreichung widerspiegelt, bedeutet „ausreichend“, dass die Maßnahme auch quantitativ zur Zielerreichung geeignet sein muss. Eine ausreichende und zweckmäßige Maßnahme ist aber nur dann eine solche der sv-rechtlichen Krankenbehandlung, wenn sie das „Maß des Notwendigen nicht übersteigt“: Sind mehrere Maßnahmen zur Zielerreichung geeignet, gebührt nur die Kostengünstigste. Anspruch auf eine teurere Methode besteht nur dann, wenn die kostengünstigere Alternative dem Versicherten nicht zumutbar ist, etwa weil sie erhebliche Risiken (zB Nebenwirkungen) oder Belastungen verursacht, die der

teureren Behandlung nicht anhaften. Die Mehrkosten müssen dabei aber in einer vertretbaren Relation zum besseren Behandlungserfolg stehen (Verhältnismäßigkeit der Zweck-Mittel-Relation).

Zusammenfassend ist aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht festzuhalten, dass nicht jede Störung/Diagnose im Sinne des ICD-10 auch eine Krankheit im Sinne des ASVG ist, die leistungsrechtlich einen Anspruch auf Krankenbehandlung auslöst. Der Krankenversicherungsträger braucht zur Beurteilung der Frage, ob die diagnostizierte Störung („Diagnose“) eine behandlungsbedürftige ist (Versicherungsfall) genaue Beschreibungen der konkreten Beeinträchtigung sowie der Möglichkeit von Veränderungsstrategien in der Lebensführung der Patienten (Antragsverfahren!).

Abgrenzungen und Empfehlungen für bestimmte Krankheitsbilder wurden im Rahmen des Projekts von den SV-ExpertInnen getroffen. Konkret wurde dies für folgende Krankheitsbilder ausgearbeitet: Akute Belastungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Autismus, Entwicklungsstörungen, Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Anhaltende affektive Störungen, Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren und Langzeitpatienten (diese befinden sich im Anhang).

10.2 Ergebnisse, Empfehlungen und Anregungen für eine weiterführende Projektarbeit

Gemeinsame Planung mit anderen Kostenträgern: Eine gute Betreuung und Behandlung von psychisch Erkrankten und/oder gefährdeten Personen ist nicht nur eine Frage der Krankenbehandlung durch die Krankenversicherungsträger, sondern auch von Angeboten im Vorfeld der Krankenbehandlung (z.B.: schulpsychologische Interventionen) bzw. begleitend zur Krankenbehandlung (z.B.: psychosoziale Betreuung durch mobile Hilfsdienste). Aus Sicht der Sozialversicherung scheint es gerade in diesen Bereichen jedoch in den letzten Jahren einen Rückzug der Kostenträger zu geben auf den hinzuweisen ist, denn der Rückzug anderer Kostenträger erhöht den Druck auf eine „Substitution“ der dadurch entstehenden Versorgungsdefizite durch Krankenbehandlung auf Kosten der Krankenversicherungsträger. Über die umfassende Versorgung von psychisch Erkrankten sollte daher gemeinsam mit anderen mitverantwortlichen Kostenträgern diskutiert werden, da die Krankenbehandlung durch die Krankenversicherungsträger in vielen Fällen nur einen Teil (und das letzte Glied) einer bedarfsgerechten Kette einer umfassenden psychosozialen Versorgung darstellt.

Vernetzung der Leistungsanbieter: Eine wesentliche Zukunftsaufgabe liegt in der Verbesserung der Vernetzung der Anbieter von Leistungen für psychisch Erkrankte (vor allem Krankenversicherungsträger und Länder). Es sollten dabei vor allem transparente Angebotsschienen aufgezeigt werden. Es wird empfohlen, dementsprechende Vernetzungsprojekte zu initiieren und zu installieren.

Stärkung der regionalen Versorgung: Die Bedeutung einer ausgewogenen und damit auch gerechten regionalen Versorgung sollte nach Ansicht von SV-internen und externen Experten mehr in den

Vordergrund gestellt werden: In der Praxis habe sich gezeigt, dass es gerade im ländlichen Bereich besonders sinnvoll erscheint, in Richtung multiprofessionelle Institutionen zu planen.

PSY-III Ärzte: In Österreich gibt es 874 Ärzte, die eine umfassende Ausbildung in psychotherapeutischer Medizin (Psy-III-Ausbildungsmodul) haben. Diese sind wichtige Anlaufstellen für psychisch Erkrankte, da sie durch ihre zusätzliche Ausbildung besonders geschulte Diagnosesteller und Therapiepersonen in allgemeinmedizinischen und fachärztlichen Praxen sind und sollten bei Konzepterstellung zur Versorgung von psychisch erkrankten Menschen stets mitberücksichtigt werden.

Komplexe Leistungsangebote für schwer kranke Menschen: Schwer psychisch kranke Menschen brauchen in der Regel ein komplexes Leistungsangebot, das neben einer für sie adaptierten Krankenbehandlung vor allem auch psychosoziale Betreuung beinhaltet. Im derzeitigen System kann dies nach Meinung von SV-internen und externen Experten oft nicht gewährleistet werden. Es wird daher empfohlen für diese Gruppe von Patienten dementsprechende Leistungskonzepte auszuarbeiten. Zu denken ist dabei in erster Linie an Institutionen und/oder Modelle, in welchen stark vernetzt gearbeitet wird.