

II-11001 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen  
des Nationalrates XVIII. Gesetzgebungsperiode

**REPUBLIK ÖSTERREICH**

**BUNDESMINISTERIUM  
FÜR ARBEIT UND SOZIALES**

Z1.21.891/132-5/93

1010 Wien, den 26. August 1993

Stubenring 1

Telefon (0222) ~~7500~~ 71100

Telex 111145 oder 111780

DVR: 0017001

P.S.K.Kto.Nr. 5070.004

Auskunft

- Klappe -- Durchwahl

50181AB

B e a n t w o r t u n g

1993 -08- 30

der Anfrage der Abgeordneten Renoldner,  
Srb, Freunde und Freundinnen an den  
Bundesminister für Arbeit und Soziales  
betreffend Finanzierung der Psychotherapie  
durch die Krankenkassen (Nr.5262/J)

ZU 52621J

Zu der gegenständlichen Anfrage führe ich zunächst grundsätzlich folgendes aus:

Gemäß den Bestimmungen des Sechsten Teiles des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (§§ 338ff) werden die Beziehungen der Sozialversicherungsträger zu den Ärzten, Dentisten, Hebammen, Apothekern, Krankenanstalten, freiberuflich tätigen klinischen Psychologen, freiberuflich tätigen Psychotherapeuten, Pflegepersonen, die medizinische Hauskrankenpflege gemäß § 151 ASVG erbringen und anderen Vertragspartnern durch privatrechtliche Verträge nach Maßgabe der weiteren diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen geregelt.

Diese Verträge sind gemäß § 341 ASVG vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger für die Träger der Krankenversicherung mit einem zuständigen Vertragspartner abzuschließen. Als Vertragspartner im Bereich der Psychotherapeuten kommt gemäß § 349 Abs.2 ASVG eine berufliche Interessenvertretung der Psychotherapeuten, deren Leistungsfähigkeit bezüglich der psychosozialen Versorgung unter Bedachtnahme auf ein Gutachten des Psychotherapiebeirates vom Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz mit Bescheid festge-

- 2 -

stellt worden ist, in Betracht. Nach den mir zur Verfügung stehenden Informationen treffen diese Voraussetzungen derzeit lediglich auf den Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) zu.

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß sowohl der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger als auch die Krankenversicherungsträger keine Behörden der allgemeinen staatlichen Verwaltung sondern Körperschaften öffentlichen Rechtes mit eigener Rechtspersönlichkeit sind, deren Geschäftsführung durch autonome Verwaltungskörper wahrzunehmen ist. Auf diese eigenverantwortliche Geschäftsführung, in deren Rahmen auch der Abschluß der vorhin erwähnten privatrechtlichen Verträge fällt, kann ich als Bundesminister für Arbeit und Soziales daher innerhalb meines gesetzlich festgelegten Aufgabenbereiches lediglich nach Maßgabe der Bestimmungen des Abschnittes VI des Achten Teiles des ASVG über die Aufsicht des Bundes Einfluß nehmen. Die zur Wahrnehmung dieser Aufsicht des Bundes berufenen Behörden haben gemäß § 449 Abs.1 ASVG die Gebarung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) dahin zu überwachen, daß Gesetz und Satzung sowie die darauf beruhenden sonstigen Rechtsvorschriften beachtet werden. Sie können ihre Aufsicht auf Fragen der Zweckmäßigkeit erstrecken; sie sollen sich in diesem Falle auf wichtige Fragen beschränken und in das Eigenleben und die Selbstverantwortung der Versicherungsträger (des Hauptverbandes) nicht unnötig eingreifen.

Diese Festlegung des Umfanges des Aufsichtsrechtes hat zur Folge, daß ein Eingreifen der Aufsichtsbehörde in das Recht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Versicherungsträger, Gesamtverträge nach Möglichkeit ihren Interessenlagen gemäß und damit aus ihrer Sicht zweckmäßig zu gestalten, gesetzlich nicht gedeckt wäre; vielmehr muß dieser Bereich der Geschäftsführung des Hauptverbandes und der

- 3 -

Versicherungsträger den jeweiligen Sozialversicherungsträgern bzw. den Vertragspartnern überhaupt überlassen bleiben, zumal diese ja auch keinem gesetzlich vorgegebenen und determinierten Kontrahierungszwang unterliegen.

Ich habe daher zur gegenständlichen parlamentarischen Anfrage eine Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt, welche ich zur Information der Anfragebeantwortung anschließe. Der Beantwortung der Fragen 1 bis 8 durch den Hauptverband habe ich nichts hinzuzufügen.

Lediglich zu folgenden Teilfragen der gegenständlichen Anfrage führe ich aus meiner Sicht aus:

Zu den Fragen 9 bis 11:

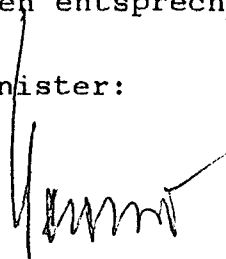
Den rechtlichen Ausführungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger pflichte ich vollinhaltlich bei.

Zur Frage 12:

Wie bereits eingangs ausgeführt, ist es mir als Bundesminister für Arbeit und Soziales unter Bedachtnahme auf die geltende Rechtslage nicht möglich, den Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger zu einer inhaltlich bestimmten Vorgangsweise in der gegenständlichen Angelegenheit zu verhalten.

Ich würde dies aber auch angesichts der bisherigen Vorgangsweise des Hauptverbandes - wie sie aus der beiliegenden Stellungnahme ersichtlich ist - nicht für notwendig erachten. Die Zielsetzungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger erscheinen mir vielmehr durchaus als "realistisch" und den Erfordernissen entsprechend.

Der Bundesminister:




**HAUPTVERBAND DER ÖSTERREICHISCHEN SOZIALVERSICHERUNGSTRÄGER**

A-1031 WIEN KUNDMANNGASSE 21 POSTFACH 600 TEL. 0222/711 32 TELEX 136682 hvsvt a TELEFAX 711 32 3777 DVR 0024279  
KI.

Zl. 33-69.95/93 Sa/Bg

Wien, 12. August 1993

An das  
Bundesministerium für Arbeit  
und Soziales

Stubenring 1  
A-1010 Wien

Empfänger:	
Objekt:	21. 891/132-5 19 93
Vorname:	125/93

B/5  
Mag. Z

Beat. Mag. Zuch

Betr.: Parlamentarische Anfrage der Abgeordneten  
Renolder, Srb, Freunde und Freundinnen  
betreffend Finanzierung der Psychotherapie  
durch die Krankenkassen, Nr.5262/J;  
Einholung von Stellungnahmen

Bezug: Ihr Schreiben vom 22. Juli 1993,  
Zl. 21.891/107-5/93

Der Hauptverband nimmt zu den einzelnen Punkten der Anfrage  
Stellung wie folgt:

**Zu Frage 1:**

Einleitend ist festzustellen, daß neben den Zuschüssen gemäß § 131b ASVG für die Inanspruchnahme von nichtärztlichen Therapeuten von den Kassen erhebliche Mittel für die Psychotherapie im Rahmen der (vertrags)ärztlichen Hilfe aufgewendet werden. Weitere Ausgaben für psychotherapeutische Krankenbehandlung entfallen auf Vergütungen an Krankenanstalten (Spitalsambulanzen sowie stationärer Sektor). Nicht zu vernachlässigen ist auch die Betreuung von Versicherten in kasseneigenen psychotherapeutischen Ambulanzen. Ferner haben die Kassen mit verschiedenen Einrichtungen und Vereinen, die entsprechend ausgebildetes Personal (eingetragene Psychotherapeuten) angestellt haben, Vereinbarungen über eine Kostenbeteiligung abgeschlossen. Mit dem Neuabschluß solcher Vereinbarungen ist in nächster Zeit vermehrt zu rechnen. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise anzuführen, daß die Salzburger Gebietskrankenkasse eine Vereinbarung mit dem Land Salzburg über die psychotherapeutische Betreuung durch den sozialmedizinischen Dienst des Amtes der Salzburger Landesregierung abgeschlossen hat. Allein für das Jahr 1992 wird die Kasse aus dieser Vereinbarung einen Gesamtbetrag in der Größenordnung von rund 4,5 Mio. Schilling an das Land Salzburg zu bezahlen haben.

Zu der in der parlamentarischen Anfrage angesprochenen Beitragserhöhung ist auszuführen:

1. Die angezogene Beitragserhöhung für das Jahr 1992 trifft auf das B-KUVG nicht zu.
2. In den finanziellen Erläuterungen zur 50. ASVG-Novelle sind für psychotherapeutische Behandlung und psychologische Dienste 200 Mio. Schilling ausgewiesen. Der Betrag von 600 Mio. Schilling bezieht sich nicht auf das Jahr 1993, sondern entspricht einer mittelfristigen Erwartung (Jahr 1996).

Die Krankenkassen haben an Zuschüssen für Leistungen gemäß § 135 Abs.1 Z.3 ASVG (bzw. Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze) folgende Beträge aufgewendet:

1992	.....	ca. 50 Mio. S
1. Halbjahr 1993		ca. 40 Mio. S (bisher abgerechnete Kostenerstattungen - Endbetrag für das 1. Halbjahr 1993 wird wesentlich höher sein)

#### Zu Frage 2:

Diese Frage kann von den Versicherungsträgern bzw. vom Hauptverband nicht beantwortet werden, da in den Honorarordnungen der Versicherungsträger für die Verrechnung der Leistung "Psychotherapie" kein Nachweis der Eintragung in die Psychotherapeutenliste verlangt wird. Ein entsprechender Eintragungsnachweis ist bei den Versicherungsträgern daher nicht evident.

#### Zu Frage 3:

Zur Beantwortung dieser Frage ist auf den umfangreichen Schriftwechsel zwischen dem Hauptverband und dem Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu verweisen. Nach der Ansicht des Ministeriums sind Ärzte berechtigt, im Rahmen ihrer Krankenbehandlung psychotherapeutische Methoden anzuwenden. Vom Hauptverband wurde darauf gedrängt, daß diese Frage vom Ministerium abschließend geklärt wird; dies ist bisher nicht erfolgt.

Es wird angeregt, diese Anfrage direkt an den Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz zu richten.

**Zu Frage 4:**

Die Gesamtvertragsverhandlungen zwischen Hauptverband und ÖBVP wurden nicht abgebrochen sondern sind derzeit unterbrochen.

Die Sozialversicherung bekennt sich zur Notwendigkeit der Psychotherapie. Dies

- im Interesse einer bestmöglichen Behandlung der versicherten Patienten und
- im ökonomischen Interesse, da viele Studien belegen, daß psychotherapeutische Behandlungen zu Kosteneinsparungen führen können.

Mit der Landesvertretung der Psychotherapeuten wurden sehr konstruktive Verhandlungen geführt.

Um eine flächendeckende Versorgung der österreichischen Bevölkerung mit psychotherapeutischer Hilfe sicherzustellen, wurde mit dem ÖBVP vereinbart, daß der Gesamtvertrag erst dann in Kraft tritt, wenn sich mindestens 550 Psychotherapeuten verpflichten, einen Einzelvertrag mit den Krankenversicherungsträgern abzuschließen.

Tatsächlich haben jedoch nur 117 Therapeuten die konkrete Bereitschaft erklärt, noch 1993 einen Einzelvertrag abzuschließen. 1994 wären weitere 58 dazu bereit. Eine detaillierte Aufstellung liegt bei. Die Voraussetzungen, die beide Vertragspartner für ein Inkrafttreten des Gesamtvertrages vorgesehen haben, sind daher (vorerst) nicht erfüllt.

**Zu Frage 5:**

Vorauszuschicken ist folgendes:

Die Krankenversicherungsträger verwalten öffentliche Gelder. Hinsichtlich der Honorarvereinbarungen mit Vertragspartnern sind sie zur

- einnahmenorientierten Ausgabenpolitik,
- Sparsamkeit,
- Beachtung der Angemessenheit der Honorierung,

- 4 -

- Beachtung der Vergleichbarkeit der ausgehandelten Honorare mit Honoraren anderer Vertragspartnergruppen verpflichtet.

Nach dem Gesamtvertrag wäre der Therapeut verpflichtet gewesen, wöchentlich 25 Stunden für sozialversicherte Patienten zur Verfügung zu stehen. Der Hauptverband ist bei seiner Kalkulation von folgenden Überlegungen ausgegangen:

a) Vergleich mit dem Bruttoeinkommen eines angestellten Psychotherapeuten

Ein angestellter Psychotherapeut mit ca. 45 Jahren verdient umgelegt auf 25 wöchentliche Arbeitsstunden brutto S 25.200,-- 14 mal jährlich.

*Erklärung: Schemenbezug DO.A F II/12 S 40.366,--. Umgelegt von 40 auf 25 Stunden S 25.200,--.*

b) Vergleich mit dem Bruttoeinkommen eines angestellten Psychotherapeuten zuzüglich eines Unternehmer- und eines Risikozuschlages

Betriebswirtschaftlich wird bei solchen Einkommensvergleichen zum Einkommen eines Dienstnehmers ein Unternehmerzuschlag (Unternehmensorganisation, Mitarbeiterführung etc.) hinzugerechnet, um zum Vergleichseinkommen eines Freiberuflers zu gelangen. Dieser Zuschlag bewegt sich zwischen 10 und 20 %. Zusätzlich wurde im vorliegenden Zusammenhang ein Risikozuschlag (Unternehmerrisiko von 10 %) angesetzt, obwohl ein Kassentherapeut kein großes Unternehmerrisiko trägt, da er durch das große Patientengut der Versicherten eine gewisse Auslastungsgarantie hat (weitere Risiken wie Krankheit, Haftpflicht etc. sind durch den Ansatz entsprechender Versicherungen - die in den Betriebskosten aufscheinen - berücksichtigt). Mit diesem Risikozuschlag wären jedenfalls ausgefallene Therapiestunden abgegolten.

Setzt man den (nicht gerechtfertigten) Maximalzuschlag von 30 % an, ergäbe sich ein monatliches Bruttoeinkommen (14 mal) von S 32.800,--.

c) Anbot des Hauptverbandes

Nach den Ansätzen des Hauptverbandes ergäbe sich unter Zugrundelegung einer 25 Stundenwoche ein Stundenhonorar (50minütige Sitzung) von S 550,--.

Das entspricht einem monatlichen Bruttoeinkommen von S 33.200,--.

*Erläuterung:*

*43 Wochen x 25 Stunden x S 550,-- = S 591.250,--  
abzüglich S 126.250,-- Praxiskosten = S 465.000,-- : 14 =  
S 33.214,--.*

Dieses Einkommen entspricht annähernd dem Dienstnehmereinkommen zuzüglich eines Unternehmerzuschlages von 30 % = d.h. richtig kalkuliert (sogar großzügig - Zuschlag = 32 %).

d) Privattarife, die derzeit verlangt werden

Nach Erhebungen der Sozialversicherungsträger (eingereichte Honorarnoten) werden derzeit für eine 50minütige Sitzung S 500,-- bis S 600,-- verlangt. Dieser Tarif entspricht dem Anbot des Hauptverbandes.

e) Vertragseinrichtungen

Schon derzeit kann der Versicherte Psychotherapie auf Krankenschein bei den Vertragspartnern Arzt und Ambulanz in Anspruch nehmen.

Die Gebietskrankenkassen bezahlen größtenteils Tarife, die unter S 550,-- pro Stunde liegen.

Nimmt beispielsweise ein Versicherter der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse psychotherapeutische Hilfe im Institut für medizinische Psychologie und -therapie der Universität Graz in Anspruch, beträgt der Tarif für eine 50minütige Sitzung S 420,--.

**Zu Frage 6:**

Ein Honorar von S 550,-- wurde zwischen den Verhandlungsteams des ÖBVP und des Hauptverbandes vereinbart.

Zu Tarifen der KFA Salzburg kann von seiten des Hauptverbandes nichts ausgeführt werden, da diese eine "dienstherrliche" Krankenfürsorgeanstalt ist, die nicht zu den im Hauptverband zusammengefaßten Sozialversicherungsträgern zählt.



**Zu Frage 7:**

Die Salzburger Gebietskrankenkasse hat die Gesamtvertragliche Vereinbarung für die Durchführung der Psychotherapie durch Ärzte vor Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes abgeschlossen. Nach Inkrafttreten des Psychotherapiegesetzes ist die Salzburger Gebietskrankenkasse mit der Rechtsauffassung an die Ärztekammer herangetreten, daß die Ausbildungsgrundsätze nunmehr durch das Psychotherapiegesetz normiert worden sind. Die Ärztekammer für Salzburg hat unter Hinweis auf die unklaren Äußerungen des Gesundheitsministers dieser Rechtsauffassung widersprochen.

Es wird daher auf die Ausführungen zu Punkt 3 verwiesen.

**Zu Frage 8:**

Vorauszuschicken ist folgendes: Ziel der Sozialversicherung in den Gesamtvertragsverhandlungen mußte es sein, eine flächendeckende Versorgung durch nichtärztliche Psychotherapeuten bzw. eine Ergänzung der derzeitigen Struktur durch nichtärztliche Psychotherapeuten auf eine flächendeckende Struktur zu erreichen. Dies vor allem aus folgenden Gründen:

- Leistungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung.
- Das im Gesamtvertrag vorgesehene Honorar wird Kostenerstattung für die Inanspruchnahme eines Wahltherapeuten. Standpunkt der Sozialversicherung mußte es daher sein, daß ein Gesamtvertrag erst dann in Kraft tritt, wenn eine genügende Anzahl von Therapeuten beitrifft. Hätte die Sozialversicherung auf diesen Gesichtspunkt nicht vehement Wert gelegt, wäre folgendes Szenario denkbar gewesen: Nur wenige Therapeuten treten dem Vertrag bei - für die Inanspruchnahme aller anderen Therapeuten als Wahltherapeuten würde das ausverhandelte Honorar als Kostenerstattungsbasis gelten. Dies hätte folgendes zur Konsequenz gehabt:
  - a) Die Erhöhung des derzeitigen Kostenzuschusses von S 300,-- auf das im Gesamtvertrag vorgesehene Honorar von S 550,-- als Kostenerstattungsbasis (plus S 250,-- netto bzw. S 300,-- brutto) wäre von den Therapeuten höchstwahrscheinlich auf das Privathonorar aufgeschlagen worden.

- b) Es wäre für viele Wahltherapeuten der Anreiz weggefallen, einen Kassenvertrag abzuschließen - der Privatpatient würde ohnehin das Kassenhonorar als Kostenerstattung erhalten.

**Aus diesen Gründen wurden auch keine - rechtlich möglichen - Einzelverträge mit Psychotherapeuten abgeschlossen.**

**Zu Frage 9:**

Diese Verträge sind möglich. Aus den oben genannten Gründen ist es jedoch untunlich, solche Verträge abzuschließen.

**Zu Frage 10:**

Dies ist nicht möglich, da § 349 Abs.2 auf § 341 ASVG verweist. Nach dieser Bestimmung sind Gesamtverträge durch den Hauptverband abzuschließen.

**Zu Frage 11:**

Wie bereits oben ausgeführt, ist der Abschluß von "Landesverträgen" unzulässig.

Ob derzeit Verhandlungen stattfinden, ist dem Hauptverband nicht bekannt.

**Zu Frage 12:**

Diese Frage kann vom Hauptverband nicht beantwortet werden.

Der Generaldirektor:



20-AUG-1993 10:32

HAUPTVERBAND S. U. TRÄGER

43 222 71132 3777

S.02



Zu - 177

22

Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie  
Mitglied des Europäischen Verbandes für Psychotherapie - EAP

Rosenbursenstraße 8/3/7 1010 Wien  
Tel: 512 70 90 Fax: 512 70 91

An den  
Hauptverband der österreichischen  
Sozialversicherungsträger  
z.H. Herrn Generaldirektor Stellv.  
Dr. Josef Probst  
Kundmannng. 21  
1031 Wien

Wien, 3. Juni 1993

Sehr geehrter Herr Generaldirektor,

in der Beilage übermitteln wir Ihnen eine Übersicht der bis heute eingelangten Interessentenmeldungen für einen Kassenvertrag für das Gespräch am 4. Juni 1993.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Alfred Pritz  
Präsident des ÖBVP

1 Beilage



**Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie**  
Mitglied des Europäischen Verbandes für Psychotherapie - EAP

Rosenbursenstraße 8/3/7 1010 Wien  
Tel: 512 70 90 Fax: 512 70 91

3.6.1993

## INTERESSENTEN FÜR KASSENVERTRAG

### FÜR DAS JAHR 1993

Wien	68
NÖ	7
OÖ	2
Sbg.	16
Tirol	3
Vbg.	0
Bgl.	0
Stmk.	16
Ktn.	5
<hr/>	
	117

### FÜR DAS JAHR 1994

Wien	31
NÖ	5
OÖ	3
Sbg.	2
Tirol	2
Vbg.	2
Bgl.	0
Stmk.	11
Ktn.	2
<hr/>	
	58

**ÖBVP****Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie**Rosenbursenstraße 8/3/7 1010 Wien  
Tel: 512 70 90 Fax: 512 70 91

3.6.1993

**INTERESSENTEN FÜR KASSENVERTRAG**

Wien	99
NÖ	12
OÖ	5
Sbg.	18
Tirol	5
Vbg.	2
Bgl.	0
Stmk.	27
Ktn.	7
<hr/>	
	175

## BEILAGE

Nr. 526210

1993-07-15

## ANFRAGE

der Abgeordneten Renoldner, Srb, Freunde und Freundinnen

an den Bundesminister für Arbeit und Soziales

betreffend Finanzierung der Psychotherapie durch die Krankenkassen

Sowohl beim Beschluß des Psychotherapiegesetzes am 7.6.1990, als auch beim Beschluß der 50. ASVG-Novelle am 3.12.1991 wurde Psychotherapie auf Krankenschein in Aussicht gestellt.

Da es bis heute zu keinem Vertragsabschluß zwischen den Psychotherapeuten und den Krankenkassen gekommen ist, und angesichts der Dringlichkeit des Versorgungsproblems stellen die unterfertigten Abgeordneten folgende

## ANFRAGE

- 1) Für psychotherapeutische Behandlung waren nach einer Erhöhung der Kassenbeiträge für das Jahr 1992 250 Millionen und für das Jahr 1993 600 Millionen Schilling vorgesehen.  
Welche Summe wurde von den Krankenkassen nach dem Zuschußverfahren lt. § 132 ASVG jeweils in den Jahren 1992 und 1993 (bis 30.6.) für Psychotherapie nach dem Psychotherapiegesetz ausgegeben?
- 2) Welche Summe wurde nach den alten Verträgen mit Ärzten für "Psychotherapie" ausgegeben, ohne daß der Nachweis einer Eintragung in die Psychotherapeutenliste des BM für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz erfolgen mußte?
- 3) Muß nunmehr ein Nachweis dieser Eintragung erbracht werden?  
Wenn ja, seit wann?  
Wenn nein, warum nicht?
- 4) Aus welchen Gründen hat der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger die Gesamtvertragsverhandlungen mit dem per Bescheid des BM für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz dazu berechtigten Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) abgebrochen?

- 5) Was sind die Kalkulationsgrundlagen des Hauptverbandes für Sozialversicherungsträger für seine Vorschläge betreffend der angebotenen Honorarsätze für Psychotherapeuten?
- 6) Ist es richtig, daß den Psychotherapeuten 550,-+ Mwst. pro Stunde angeboten worden sind, und im Gegensatz dazu die KFA in Salzburg den Ärzten ohne Nachweis einer Eintragung in die Psychotherapeutenliste 1.400,- + Mwst. für eine "Psychotherapiestunde" bezahlt?
- 7) Ist es richtig, daß die Salzburger GKK laufend Ärzte in die alte Ärztevertragsregelung ohne Nachweis einer Eintragung in die Psychotherapeutenliste aufnimmt?
- 8) Warum werden im Interesse der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung auch keine Einzelverträge mit den 200 daran interessierten Psychotherapeuten abgeschlossen, obwohl die Möglichkeit dazu im § 349 (2) der 50. ASVG-Novelle geschaffen wurde.
- 9) Sind Einzelverträge nach § 349 (2) ASVG rechtlich eindeutig möglich?
- 10) Sind Verträge zwischen einzelnen Landeskrankenkassen und dem ÖBVP rechtlich eindeutig möglich?
- 11) Gibt es Bemühungen seitens der Landeskrankenkassen, mit dem ÖBVP in Verhandlungen zu treten?
- 12) Beabsichtigen Sie, Herr Bundesminister, als Vertreter der obersten Aufsichtsbehörde der Krankenkassen, die Wiederaufnahme der Gesamtvertragsverhandlungen mit realistischen Zielsetzungen anzuregen?