

5953/AB XX.GP

### **Beantwortung**

der Anfrage der Abgeordneten Petrovic, Haidlmayr, Freundinnen und Freunde an die Frau Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales, betreffend geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungen der Krankenkassen (Nr.6283/J).

In Beantwortung der einzelnen Fragen der gegenständlichen parlamentarischen Anfrage verweise ich vorweg auf die vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholte Stellungnahme, die ich in Kopie beilege. Den Ausführungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger ist meinerseits Folgendes hinzuzufügen:

#### Zu den Fragen 1 und 2:

Es erübrigt sich wohl darauf hinzuweisen, dass die Sozialversicherungsträger ja grundsätzlich nur verpflichtet sind, jene Daten in Evidenz zu halten, die sie für eine ordnungsgemäße Bewältigung der ihnen obliegenden Aufgaben im Dienst der Versicherungsgemeinschaft für erforderlich halten.

#### Zur Frage 3:

Selbstverständlich schließe ich mich der Auffassung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger an dass die Psychotherapie eine „vollwertige“ Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (der Ausdruck „Krankenbehandlung“ erscheint mir in diesem Zusammenhang nicht ganz korrekt) darstellt.

Zu den Frage 4 und 5:

Zur Behauptung der Anfragersteller, dass die Krankenversicherung notwendige psychotherapeutische Krankenbehandlungen nicht übernehme, - ist festzustellen, dass nach der maßgeblichen Bestimmung des § 131b ASVG bei Fehlen eines Gesamtvertrages der in der Satzung festzusetzende Kostenzuschuss zu leisten ist. Diese Zuschüsse werden von den Versicherungsträgern auch erbracht. Eine Inanspruchnahme der Leistungen ohne Kostenbeteiligung ist nur bei Sachleistungen möglich. In diesem Zusammenhang möchte ich die Bemühungen des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Abschluss eines Gesamtvertrages mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie sowie zum Aufbau von Sachleistungsstrukturen hervorheben.

Zur Frage 6:

Was die Höhe des Zuschusses für psychotherapeutische Leistungen durch die Krankenversicherungsträger betrifft, so möchte ich auf die Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zur Frage 8 dieser parlamentarischen Anfrage hinweisen. Eine Differenzierung im Sinne der hier im Weiteren angeführten Fragestellung erfolgt ebenfalls im Zusammenhang mit der Abgeltung der psychotherapeutischen Leistungen. Zahlungen der Krankenversicherungsträger für psychotherapeutische Krankenbehandlung durch Ärzte werden im Rahmen der Honorierung der vertragsärztlichen Hilfe bzw. der Kostenerstattung erbracht. Diese Zahlungen beruhen daher nicht auf § 131b ASVG, der durch die 50. ASVG - Novelle eingeführt wurde.

Die vertragsärztlichen Honorare bzw. die Kostenerstattung für wahlärztliche Hilfe sind notwendigerweise höher als der Zuschuss nach § 131b ASVG. Die Honorierung einer vertragsärztlichen Leistung stellt eine Vollkostenabdeckung dar. Demgegenüber geht schon aus dem Terminus „Zuschuss“ hervor, dass nur Teilkosten übernommen werden.

Zur Frage 8:

Gemäß der bereits angesprochenen Bestimmung des § 131b ASVG haben die einzelnen Krankenversicherungsträger, sofern Vertragspartner (im nichtärztlichen Be-

reich) nicht zur Verfügung stehen, für die jeweilige Leistung in Eigenverantwortung Kostenzuschüsse in ihren Satzungen festzulegen. Es kann somit auch kein verpflichtend einheitliches Vorgehen der Krankenversicherungsträger in diesem Zusammenhang geben.

Zur Frage 9:

Mit Stichtag 17.6.1999 sind in der österreichischen Psychotherapeutenliste 3335 Psychotherapeutinnen und 1782 Psychotherapeuten eingetragen.

Betr. Parlamentarische Anfrage der Abgeordneten Petrovic, Haidlmayr Freundinnen und Freunde betreffend geschlechtsspezifische Auswirkungen von Leistungen der Krankenkassen

Bezug: Ihr Schreiben vom 27. Mai 1999,  
GZ: 20.001/59 - 5/99

Sehr geehrte Damen und Herren!

Zur genannten Anfrage erlaubt sich der Hauptverband nach Einholung von Informationen der Kassen, folgende Stellungnahme abzugeben:

**Grundsätzliches:**

Der Hauptverband hat mit Schreiben vom 16. April 1999 an alle Abgeordneten zum Nationalrat (Beilage 1) über die Sachlage betreffend Gesamtvertragsverhandlungen mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) ausführlich berichtet.

Mit diesem Schreiben wurde insbesondere der Standpunkt der Sozialversicherung dargelegt, daß Leistungsauftrag der Krankenversicherung nur die Krankenbehandlung ist und es sohin ein wesentliches Kriterium darstellt, daß nur jene Psychotherapeuten auf Kassenkosten tätig werden können, welche eingehende Erfahrungen in der Krankenbehandlung erworben haben.

Wir verweisen zur Einleitung der Stellungnahme auf dieses Schreiben.

Am 7. Juni 1999 hat ein Gespräch zwischen Hauptverband und Vertretern des ÖBVP stattgefunden. Dieses Gespräch war sehr konstruktiv und stimmt dies hinsichtlich des Abschlusses eines Gesamtvertrages optimistisch.

**Zu den einzelnen Punkten der Anfrage:**

**Zu Punkt 1:**

Die Erhebung der Anzahl der Patienten, welche Kostenzuschuß für psychotherapeutische Behandlungen beantragt haben, ist einem Teil der Kassen nicht möglich. Gespeichert werden dort nämlich die Anzahl der Anträge auf Kostenzuschuß bzw. die eingereichten Rechnungen (auch mehrere pro Patient und Jahr). Über die Inanspruchnahme im generellen und über die Zuschußleistungen der Kassen gibt Tabelle 1 (Beilage 2) Auskunft.

Hinsichtlich der Trennung nach Geschlechtern liegen keine relevanten Zahlen vor. Nur die Salzburger Gebietskrankenkasse konnte eine Schätzung abgeben. Der Anteil Frauen/Männer wird mit 70/30 angenommen.

**Zu Frage 2:**

Auch diese Frage konnte von den meisten Kassen nicht beantwortet werden es müßte nämlich der Gesamtbetrag der eingereichten Rechnungen separat erfaßt werden. Da der den Patienten in Rechnung gestellte Betrag für die sozialversicherungrechtliche Statistik keine Rolle spielt, ist eine separate Datensammlung auch nicht notwendig. Einzelne Kassen führen jedoch Aufzeichnungen, vgl. hierzu Tabelle 2 (Beilage 3).

**Zu Frage 3:**

Psychotherapie ist eine „vollwertige“ Krankenbehandlung im Sinne des ASVG und die psychotherapeutische Behandlung stellt einen wichtigen Zweig der Krankenbehandlung dar. Die Krankenversicherungsträger sind daher seit Jahren bemüht, Sachleistungsstrukturen aufzubauen und eine adäquate Versorgung anzubieten (siehe weiter unten). Aus welchen Gründen bis dato kein Gesamtvertrag mit dem ÖBVP zustandegekommen ist, erhellt der Brief an die Abgeordneten des Nationalrates (Beilage 1).

**Zu Frage 4 bzw. 5:**

Im wesentlichen zielen die Fragen auf das Nichtbestehen eines Gesamtvertrages. Wir verweisen nochmals auf unseren Brief an alle Nationalratsabgeordneten. Es ist in diesem Zusammenhang auch ausdrücklich auf bestehende Sachleistungsstrukturen (ca. 1/3 der Gesamtausgaben für Psychotherapie werden für Sachleistung erbracht) hinzuweisen.

Die Krankenversicherungsträger haben sich nicht nur bemüht, Sachleistungsstrukturen (Psychotherapie auf Krankenschein) aufzubauen sondern haben diese Strukturen kontinuierlich ausgebaut. Insbesondere ist zu verweisen auf:

- Psychotherapie in kasseneigenen Ambulatorien (Wiener, Oberösterreichische sowie Steiermärkische Gebietskrankenkasse)
- Vereinbarungen mit Vereinen, die Psychotherapie auf Kassenkosten sicherstellen (insbesondere in Tirol, Burgenland1 Oberösterreich, Kärnten sowie Steiermark).
- Vereinbarung zwischen den Vorarlberger Krankenversicherungsträgern und dem Land Vorarlberg
- Psychotherapie durch Vertragsärzte
- Psychotherapie in Krankenanstalten

Jedenfalls bedauern wir, daß bisher kein Gesamtvertrag mit dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie zustande gekommen ist. Dies bedeutet nämlich, daß bei Inanspruchnahme eines freiberuflich tätigen Psychotherapeuten hohe Restkosten verbleiben können, die es allenfalls verhindern, daß sozial Schwache bei freiberuflichen Therapeuten Psychotherapie in Anspruch nehmen können. Auf die Honorargestaltung der freiberuflich tätigen Psychotherapeuten hat die Sozialversicherung keinen Einfluß. Zu verweisen ist, daß der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie eine „Honorarordnung“ herausgegeben hat, die für die 50minütige Einzelsitzung eine Bandbreite zwischen S 800,-- und S 1.600,-- vorsieht.

**Zu Frage 7:**

Hier ist wieder auf unser Schreiben an die Nationalratsabgeordneten zu verweisen (Beilage 1, Seite 3ff.).

**Zu Frage 8:**

Die Behauptung, in den einzelnen Bundesländern wären Zuschüsse zur psychotherapeutischen Behandlung unterschiedlich hoch, ist unrichtig. Es besteht ein bundeseinheitlicher Zuschuß (einzige Ausnahme: die Sozialversicherungsanstalt der Bauern, welche 80 % des sonst einheitlichen Zuschusses leistet; diese Leistung steht unter einer zusätzlichen Beschränkung, daß Kostenzuschüsse für einen Patienten S 3.200,-- pro Kalendervierteljahr nicht übersteigen dürfen).

Die Zuschüsse betragen:

- S 300,-- für eine Einzelbehandlung (Sitzung) zu 60 Minuten
- S 175,-- für eine Einzelbehandlung (Sitzung) zu 30 Minuten
- S 100,-- für eine Gruppenbehandlung (Sitzung) zu 90 Minuten/Person
- S 70,-- für eine Gruppenbehandlung (Sitzung) zu 45 Minuten/Person

**Zu Frage 9:**

Kann von uns nicht beantwortet werden - Kompetenz Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales.

**Zu Frage 10 und 11:**

Auch hier gibt das Schreiben an die Nationalratsabgeordneten erschöpfend Auskunft (Beilage 1). Ferner ist darauf zu verweisen, daß am 7. Juni 1999 der Vorschlag des ÖBVP konstruktiv behandelt wurde.

**Zu Frage 12:**

Hiezu wird darauf hingewiesen, daß die Krankenversicherungsträger für die ambulante psychotherapeutische Krankenbehandlung im Jahr 1997 ca. 311 Mio. Schilling aufgewendet haben. Zusätzlich wird angemerkt, daß die angeführten Kosten nicht die psychotherapeutischen Behandlungen in Krankenanstaltenambulanzen beinhalten.

Die finanziellen Erläuterungen zur 50. ASVG - Novelle zielten darauf ab, daß mit der Beitragssatzanhebung auch Mehraufwendungen durch die psychotherapeutische Krankenbehandlung abgedeckt werden sollten. Wie aus den vorstehenden Ausführungen zu entnehmen ist, wenden die Krankenversicherungsträger schon jetzt erhebliche Mittel für den gegenständlichen Bereich auf. Im übrigen ist festzuhalten, daß die Beitragseinnahmen der Krankenversicherungsträger grundsätzlich keine gesetzliche Zweckbindung haben. Sie fließen in die Gebarung der Krankenversicherungsträger und kommen über Leistungen der Versichertengemeinschaft zugute.

Beilagen

Betr.: Psychotherapie auf Krankenschein

Bezug: Beiliegendes Schreiben des Österreichischen Bundesverbandes  
für Psychotherapie an die Abgeordneten zum Nationalrat  
vom 23. März 1999

Sehr geehrte Frau Abgeordnete!  
Sehr geehrter Herr Abgeordneter!

Dem Hauptverband ist bekanntgeworden, daß Ihnen der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) das in der Anlage beiliegende Schreiben vom 23. März 1999, worin der Hauptverband, als im ASVG vorgesehener Vertrags- und Gesprächspartner, mehrfach nicht immer richtig und manchmal auch in sachlich problematischer Form angesprochen wird, übermittelt hat. Der Hauptverband erlaubt sich daher, Sie aus seiner Sicht über die Sachlage bzw, den gegenwärtigen Stand der Verhandlungen zu informieren.



**A) Zum Vorwurf: Die Kassen erfüllenden Versorgungsauftrag, die Psychotherapie für Anspruchsberechtigte zugänglich zu machen, trotz beinahe achtjähriger, geduldiger Verhandlungsbemühungen des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie nicht.**

Durch die 50. ASVG - Novelle, die mit 1. Jänner 1992 in Kraft getreten ist, wurde der ärztlichen Hilfe die psychotherapeutische Behandlung durch in die Psychotherapeutenliste eingetragene Personen als Kassenleistung gleichgestellt (§ 135 Abs. 1 Z 3 ASVG bzw. Parallelbestimmungen der übrigen Sozialversicherungsgesetze). Unmittelbar nach Inkrafttreten der gegenständlichen Novelle hat der Hauptverband die Verhandlungen mit dem ÖBVP aufgenommen. Es wurde 18 Monate über einen Gesamtvertrag verhandelt und im Frühjahr 1993 ein Verhandlungsergebnis erzielt. Vertraglich festgelegte Bedingung für ein Inkrafttreten des Gesamtvertrages war, daß 550 Therapeuten Einzelverträge abschließen. Der Bundesverband konnte jedoch das Verhandlungsergebnis intern nicht durchsetzen. Es erklärten sich für das erste Jahr lediglich 117 Therapeuten vertragsbereit. Der Gesamtvertrag konnte daher nicht in Kraft treten. **Zu betonen ist, daß die Sozialversicherung unterschritts - bzw. vertragsbereit war.**

Im Sommer 1995 wurden die Gesamtvertragsverhandlungen mit dem ÖBVP wieder aufgenommen. In einem Präsidentengespräch wurde seitens der Sozialversicherung eindeutig festgehalten, daß folgende wesentliche Forderungen bzw. Verhandlungspunkte der Sozialversicherung, die im Interesse des Patienten unabdingbar sind, bestehen:

- Ein Vertragspsychotherapeut muß ausreichende Erfahrungen im Umgang mit bzw. in der Behandlung von im Sinne der Sozialversicherungsgesetze kranker Personen haben.
- Die einzelnen Psychotherapiemethoden müssen hinsichtlich ihrer Eignung zur Krankenbehandlung differenziert werden.

Wie aus den Ausführungen weiter unten hervorgeht, wurde im November 1997 mit einem Verhandlungsteam des ÖBVP unter Leitung von Herrn Dr. Pritz wiederum ein **Verhandlungsergebnis** erzielt. Herr Dr. Pritz sagte zu, unverzüglich seine Gremien zu befragen und dem Hauptverband ehealdigst über Annahme/Nichtannahme des Verhandlungsergebnisses zu informieren.

Herr Dr. Pritz wurde kurz darauf als Präsident des ÖBVP abgewählt (inzwischen Wiederwahl). Es ist nie zu einer offiziellen Äußerung des ÖBVP hinsichtlich des Verhandlungsergebnisses gekommen. In einer Aussendung des Präsidiums vom 9. Jänner 1998 stellte der ÖBVP das Verhandlungsergebnis sogar als Forderung des Hauptverbandes dar, wobei gleichzeitig Argumente gegen die „Forderung des Hauptverbandes“ = das Verhandlungsergebnis beigelegt wurden.

Der Vorwurf, daß der Gesamtvertrag am Hauptverband scheitert, ist demnach nicht richtig und muß zurückgewiesen werden. Wie Sie den vorerwähnten Ausführungen entnehmen können, lagen bereits zweimal Verhandlungsergebnisse vor, die aus Gründen, die im Bereich des ÖBVP lagen, nicht realisiert werden konnten. Bis zum Abschluß eines Gesamtvertrages können die Krankenversicherungsträger bei Inanspruchnahme eines nichtärztlichen Psychotherapeuten daher nur den gesetzlich vorgesehenen Zuschuß (z.B.: S 300,- für die 50 - minütige Einzelsitzung) leisten.

**B) Zum Vorwurf: Die Verantwortlichen der Krankenkassenpolitik Österreichs stellen sich blind, stumm und taub gegenüber seelischer Not unter Mißachtung der gesetzlichen Verantwortung, die sie tragen.**

**1. Krankenbehandlungserfahrung**

Das Psychotherapiegesetz kennt eine breite Berufsumschreibung (§ 1). Das Berufsfeld bzw. die Berufsbefugnis des Psychotherapeuten umfaßt neben der Krankenbehandlung beispielsweise auch die Berufsförderung sowie rein beratende Tätigkeiten.

Die Sozialversicherung hat nie in Frage gestellt, daß ein in der Psychotherapeutenliste eingetragener Therapeut berufsrechtlich zur Krankenbehandlung berechtigt ist.

Da aber Leistungsauftrag der Krankenversicherung **nur die Krankenbehandlung** ist, ist es für die Sozialversicherung wesentlich, daß nur jener Psychotherapeut auf Kassenkosten tätig werden kann, der eingehende Erfahrungen in der Krankenbehandlung erworben hat. Diese Erfahrungen sollen im Rahmen eines breiten Spektrums von Erkrankungen, mit denen der Therapeut in der Kassenpraxis konfrontiert sein wird, gelegen sein.

**Ein Teil** dieser Erfahrung müßte nach Ansicht der Sozialversicherung grundsätzlich durch Tätigkeit in einem Krankenhaus erworben worden sein:

- Im Krankenhaus ist der Therapeut mit schweren Erkrankungen befaßt.
- Gerade im Krankenhaus ist der Psychotherapeut mit dem relevanten **breiten** Krankheitsspektrum konfrontiert.
- Im Krankenhaus lernt der Psychotherapeut (beim gleichen Patienten) verschiedene Phasen einer Erkrankung kennen.

Die im Rahmen der Ausbildung nach dem Psychotherapiegesetz vorgesehene Tätigkeit von 150 Stunden in einer fach einschlägigen Einrichtung des Gesundheitswesens ist jedenfalls zu wenig, um die geforderten Erfahrungen zu erwerben.

In diesem Zusammenhang ist auf das Beispiel der BRD zu verweisen: das deutsche Psychotherapiegesetz sieht vor, daß der Psychotherapeut ein Jahr **durchgehend** auf einer psychiatrischen Abteilung gearbeitet haben muß. Daneben muß er noch weitere sechs Monate in einer anderen Einrichtung des Gesundheitswesens, in der kranke Personen behandelt werden, tätig gewesen sein. Ähnliche Bestimmungen haben schon vor dem Psychotherapiegesetz für die Kassenzulassung eines Therapeuten in der BRD gegolten.

Auch die Schweiz beabsichtigt, im Rahmen des Berufsrechtes der Psychotherapeuten den Weg in Richtung klinische Erfahrung zu gehen. Die Berufszulassung als nichtärztlicher Psychotherapeut soll von folgenden strengen Kriterien abhängig gemacht werden:

- Zugangsvoraussetzung zur Psychotherapieausbildung soll ein abgeschlossenes Psychologiestudium einschließlich Psychopathologie sein (allerdings Möglichkeit der Anerkennung anderer gleichwertiger Ausbildungswege als Erstausbildung).
- An das Studium anschließend Psychotherapieausbildung in einer anerkannten und **bewährten** Psychotherapiemethode (Theorie, Selbsterfahrung Supervision).
- **Ergänzung** der Ausbildung durch eine mindestens zweijährige klinische Tätigkeit in unselbständiger Stellung in einer anerkannten Institution oder in einer psychotherapeutischen Fachpraxis.

Am 20. November 1997 wurden in einer Verhandlung mit dem ÖBVP folgende drei Varianten, die zum Nachweis der Erfahrung in der Krankenbehandlung dienen können, erarbeitet:

**Variante A:**

Ein Jahr Spitalstätigkeit in einem psychiatrischen Krankenhaus oder einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses.

**Variante B:**

- Ein halbes Jahr primär patientenbezogene Tätigkeit in einer Krankenhausabteilung.

plus

- 500 Therapiestunden in den letzten fünf Jahren in folgenden Großgruppen von Diagnosen: organische Psychosen nichtorganische Psychosen, Suchtkrankheiten.

- Gekoppelt mit dem Nachweis regelmäßiger Kooperation mit medizinischen Einrichtungen

- Kommission (Sozialversicherung, ÖBVP) bei Unklarheiten.

**Variante C:**

- Zwei Monate (350 Stunden) Vollberufstätigkeit (vollberufliche Begleitung)

- **in einer psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses** in unmittelbarer Begleitung einer Person die ärztliche Tätigkeit im ständigen Patientenkontakt durchführt,

- oder bei einem **Facharzt für Psychiatrie**,

sodaß Erfahrung hinsichtlich der Krankenbehandlung und in deren Umfeld gesammelt werden kann (Diagnostik, Behandlung, Dokumentation)  
Dieser Nachweis kann in zwei geschlossenen Teilen erbracht werden

plus

- 14 Tage (80 Stunden) Seminar, in dem eingehende Kenntnisse über schwere Krankheitsbilder (Entstehung, Symptome etc.) vermittelt werden sollen

plus

- 1.000 Therapiestunden Krankenbehandlung nach Listeneintragung in den letzten fünf Jahren, davon
  - 450 Therapiestunden in folgenden Großgruppen von Diagnosen. organische Psychosen, nichtorganische Psychosen, Suchtkrankheiten
  - 550 Therapiestunden, die auch erhebliche Neurosen und erhebliche psychosomatische Störungen enthalten können.
- Gekoppelt mit dem Nachweis regelmäßiger Kooperation mit medizinischen Einrichtungen
- Kommission (Sozialversicherung, ÖBVP) bei Unklarheiten.

Das Verhandlungsergebnis enthielt auch die für beide Seiten wesentliche Absprache, daß die Qualitätskriterien auch für Wahlpsychotherapeuten gelten müssen.

Der Verhandlungsführer des ÖBVP, Herr Dr. Pritz, sagte zu, unverzüglich seine Gremien zu befassen und dem Hauptverband ehebdigst über Annahme/Nichtannahme des Verhandlungsergebnisses zu informieren. **Allerdings ist es bisher zu keiner offiziellen Äußerung des ÖBVP hinsichtlich des Verhandlungsergebnisses gekommen.**

Nach unserer Einschätzung stimmt der ÖBVP der gegenständlichen Forderung des Hauptverbandes deshalb nicht zu, da auch die „Minimalvariante“ nicht von allen aufgrund des Psychotherapiegesetzes psychotherapeutisch tätigen Personen erfüllt werden kann. Ein Teil der Mitglieder des ÖBVP wäre somit von der Kassenleistung ausgeschlossen. Aufgrund der Haltung des ÖBVP kann daher auch nicht jener Teil der Psychotherapeuten, welche die vorne dargelegte Krankenbehandlungserfahrung vorweisen können, über einen Gesamtvertrag zur Betreuung von psychotherapeutisch behandlungsbedürftigen Sozialversicherten gewonnen werden.

Die Vorstellungen der Sozialversicherung bezüglich der Krankenbehandlung von Sozialversicherten auf Kassenkosten durch Nichtärzte sind kein Novum. Das

was sie mit dem Berufsverband der Psychotherapeuten erreichen möchte, wurde bereits mit dem Berufsverband österreichischer Psychologinnen und Psychologen (BÖP) abgeschlossen. Seit 1. Jänner 1995 besteht ein Gesamtvertrag hinsichtlich diagnostischer Leistungen eines klinischen Psychologen.

Für den klinischen Psychologen ist im Gegensatz zum Psychotherapeuten schon im Berufsgesetz (Psychologengesetz) vorgesehen, daß eine einjährige klinisch psychologische Ausbildung zu absolvieren ist - der klinische Psychologe hat daher im Gegensatz zum Psychotherapeuten schon aus dem Berufsgesetz eine besondere Ausbildung im Rahmen der Diagnostik bzw. der Behandlung von Kranken zu absolvieren. Trotzdem akzeptierte der BÖP Vertragsbestimmungen, die für einen klinischen Vertragspsychologen folgende über das Berufsgesetz hinausgehende Erfahrungskriterien vorsehen: Zweijährige Tätigkeit in einer Gesundheitseinrichtung im Rahmen der klinisch psychologischen Diagnostik von Krankheitsfällen sowie 100 eigenverantwortlich diagnostizierte Krankheitsfälle.

## **2. Gewichtung der Psychotherapiemethoden**

Die Psychotherapieausbildung erfolgt größtenteils durch privatrechtliche Vereine, die bestimmte Schulen = Methoden vertreten - z.B.: Österreichischer Arbeitskreis für Psychoanalyse, Wiener Psychoanalytische Vereinigung, Arbeitsgemeinschaft für Verhaltensmodifikation.

Als „zugelassen“ gilt eine Methode dann, wenn der Verein, der diese Methode lehrt bzw. vertritt, nach einem Gutachten des Psychotherapiebeirates als Ausbildungsverein zugelassen wird. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Wirksamkeitsprüfung der Methode; allerdings nicht (unbedingt) im Zusammenhang mit der Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinne.

Die Sozialversicherung hat bisher betont, daß alle (derzeit) in Österreich zugelassenen Methoden grundsätzlich als Methode der Krankenbehandlung akzeptiert werden. In der Bundesrepublik Deutschland können demgegenüber nur zwei Gruppen von Methoden auf Kassenkosten erbracht werden: Tiefenpsychologische - analytische Verfahren sowie verhaltenstherapeutische Verfahren.

Ogleich die Sozialversicherung keine Methode auf Kassenkosten ausschließt, gilt für die psychotherapeutische Krankenbehandlung wie auch im § 133 Abs. 2 ASVG festgehalten, der Grundsatz „ausreichend, zweckmäßig das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“. Im Hinblick darauf hat der Oberste Gerichtshof in sei-

ner Entscheidung vom 18. August 1998, ObS 250/98 ausgesprochen, daß der Krankenversicherungsträger bei gleich geeigneten psychotherapeutischen Methoden nur die billigere bezahlen darf. Dies wird jene Behandlungsmethode sein, bei der erwartet werden kann, daß die Krankenbehandlung mit weniger Sitzungen abgeschlossen sein wird. Nach Erfahrungswerten ist beispielsweise eine Krankenbehandlung mit Verhaltenstherapie in weniger Sitzungen abgeschlossen als eine Krankenbehandlung mit Psychoanalyse.

Die Sozialversicherung hat daher in den Verhandlungen mit dem ÖBVP nachdrücklich eine Grobzuordnung der Psychotherapiemethoden nach ihrer besonderen Eignung/Nichteignung für bestimmte Krankheitsbilder eingefordert. Antwort des ÖBVP war, daß alle Psychotherapiemethoden generell gleich geeignet sind. Folgt man diesem Gedanken, dann wären lang andauernde und hochfrequente Verfahren (Psychoanalyse) auf Kassenkosten jedenfalls ausgeschlossen.

**C) Zum Vorwurf: Die Krankenkasse ignoriert bzw. verschleppt die Umsetzung der psychotherapeutischen Krankenbehandlung auf Krankenschein.**

Eindeutiges Ziel der Selbstverwaltung des Hauptverbandes ist es, jedem im Sinne der Sozialversicherungsgesetze kranken Anspruchsberechtigten, der Psychotherapie benötigt, die Inanspruchnahme auf Krankenschein zu ermöglichen.

Selbstverständlich stehen wir für weitere konstruktive Verhandlungen mit dem ÖBVP zur Verfügung. Ein Gesamtvertragsabschluß ist für uns allerdings nur dann denkbar, wenn ein eindeutiger Nachweis der Erfahrung des Psychotherapeuten im Rahmen der Krankenbehandlung vertraglich abgesichert werden kann.

Hierauf kann zum Schutz der Sozialversicherung auch angesichts des Deutschen Psychotherapiegesetzes und den Initiativen in der Schweiz nicht verzichtet werden.

Neben den Verhandlungen mit dem ÖBVP haben die Krankenversicherungsträger schon bisher alternative Sachleistungsstrukturen aufgebaut. In diesem Zusammenhang sind zu nennen:

- Vereinbarungen mit Vereinen, die Psychotherapie für Kranke sicher - stellen (z.B. im Burgenland, in Oberösterreich, in Tirol und in Kärnten).
- Vereinbarung zwischen Vorarlberger Gebietskrankenkasse und dem Land Vorarlberg.
- Psychotherapie in Krankenhausambulanzen.
- Eigene Einrichtungen der Krankenversicherungsträger (z.B. Wien und Oberösterreich).
- Psychotherapie durch Vertragsärzte.

Die Kassen sind laufend bemüht diese Sachleistungsstrukturen weiter auszubauen.

Wir hoffen, Sie sehr geehrte(r) Frau (Herr) Abgeordnete(r) mit diesem Schreiben ausreichend informiert zu haben und stehen selbstverständlich für allfällige Rückfragen und persönliche Gespräche gerne zur Verfügung.

**Beilage konnte nicht gescannt werden!!!!**