

12278/AB XXIV. GP

Eingelangt am 07.09.2012

Dieser Text wurde elektronisch übermittelt. Abweichungen vom Original sind möglich.

BM für Gesundheit

Anfragebeantwortung



Alois Stöger
Bundesminister

Frau
Präsidentin des Nationalrates
Mag^a. Barbara Prammer
Parlament
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0227-I/A/15/2012

Wien, am 6. September 2012

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische
Anfrage Nr. 12521/J der Abgeordneten Kurt Grünwald, Freundinnen und Freunde
nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

Eingangs möchte ich darauf hinweisen, dass die Vollziehung
der Sozialversicherung durch die Sozialversicherungsträger im Rahmen der
Selbstverwaltung erfolgt.

Für die Beantwortung der vorliegenden Anfrage wurde eine Stellungnahme bei der Wiener Gebietskrankenkasse sowie beim Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger eingeholt. Ich darf bezüglich der Fragen 1 bis 13 auf die Stellungnahme der Wiener Gebietskrankenkasse sowie bezüglich der Fragen 14 bis 16 auf die Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger verweisen, die wie folgt lauten:

Fragen 1 bis 3:

„Zur Versorgung der Anspruchsberechtigten der Wiener Gebietskrankenkasse hat diese mit zwei großen Vereinen - dem Verein für ambulante Psychotherapie (VaP) und der Wiener Gesellschaft für psychotherapeutische Versorgung (WGPV) Verträge über ambulante psychotherapeutische Behandlungen abgeschlossen.

Für Anspruchsberechtigte der Wiener Gebietskrankenkasse wird mit den genannten Vereinen dazu jeweils ein fixes Jahresstundenkontingent, das mit einem festgelegten jährlichen Fixbetrag abgegolten wird, vereinbart. Die Auszahlung dieses Betrages an die Vereine erfolgt gemäß den geltenden Verträgen durch monatliche Akontozahlungen.

Da ein punktgenaues Erreichen der für die Anspruchsberechtigten der Wiener Gebietskrankenkasse jeweils für ein Kalenderjahr vereinbarten Jahresstundenzahl im Zeitraum 1. Jänner bis 31. Dezember nahezu unmöglich ist, wird bei beiden Vereinen seit jeher das Prinzip der Durchrechnung für die Jahresstunden angewendet:

Wird die für ein Kalenderjahr vereinbarte Stundenzahl überschritten, wird der für das betreffende Kalenderjahr vorgesehene Pauschalbetrag unverändert akontiert, es verringert sich aber die im nächsten Jahr zu leistende Stundenzahl entsprechend, ohne dass dafür der für das betreffende Jahr vereinbarte Pauschalbetrag vermindert wird.

Wird umgekehrt die für ein Kalenderjahr vereinbarte Stundenzahl unterschritten, bleibt der für das betreffende Kalenderjahr vorgesehene Pauschalbetrag unverändert; die Stundendifferenz muss aber im folgenden Jahr ausgeglichen werden, ohne dass der für dieses Jahr vereinbarte Pauschalbetrag erhöht wird.

Ein endgültiger Abgleich der Jahresstundenkontingente kann jedoch aus verrechnungstechnischen Gründen jeweils frühestens Ende April des jeweiligen Folgejahres bei Vorliegen der Abrechnungsdaten des 4. Quartals des betreffenden Jahres vorgenommen werden.

Da beide Vereine den gesetzlichen Nachverrechnungszeitraum von drei Jahren in der Regel noch nützen und die Anzahl der üblicherweise nachträglich verrechneten Stunden eine nicht zu vernachlässigende Größe sind, können allfällige Kontingentüberschreitungen jedoch erst mit Verzögerung festgestellt werden.

Das geschilderte Procedere wird seit 2001 – also seit dem Bestehen der Vereinsverträge – praktiziert, ohne dass es zu Problemen gekommen wäre.

Erstmals Ende 2011 musste eine erhebliche Überschreitung der mit der WGPV vereinbarten Jahresstundenkontingente festgestellt werden, der im Rahmen der geltenden vertraglichen Regelungen nur mittels eines zeitlich befristeten Aufnahmestopps für neue Patient/inn/en im Bereich der WGPV zu Jahresbeginn 2012 entgegengesteuert werden konnte. Wesentlich ist, dass der Aufnahmestopp nur einen der beiden Großvereine betroffen hat – der andere Großverein (VaP) und allen übrigen Vertragspartner der Wiener Gebietskrankenkasse, die psychotherapeutische Behandlungen anbieten, waren davon nicht betroffen.

Mit Juli 2012 wurde der Aufnahmestopp beendet – der Vorstand der Wiener Gebietskrankenkasse hat außerdem ein zusätzliches Kontingent von mehr als 5.000 Therapiestunden für 2012 bewilligt.

Fragen 4 bis 6:

Hochfrequente langfristige Behandlungen in Form von klassischen Psychoanalysen nehmen derzeit in Wien laufend etwa 350 Personen in Anspruch – zum Vergleich: in ganz Österreich werden pro Jahr etwa 35.000 Personen psychotherapeutisch versorgt (Quellen: interne Daten der WGKK und Studie über psychische Versorgung des Hauptverbandes der Österreichischen Sozialversicherungsträger).

Gemäß ASVG können alle vom Psychotherapiebeirat geprüften und gesetzlich anerkannten Methoden zur Behandlung psychischer Störungen im Rahmen der Krankenbehandlung angewendet werden.

Der Psychotherapiebeirat nimmt jedoch keine Bewertung einer Methode im Hinblick auf deren Effizienz und Wirtschaftlichkeit vor (im Unterschied zu Deutschland, wo dies durchaus der Fall ist und zu einer Beschränkung auf drei Therapiemethoden, für die die Krankenversicherungsträger leistungspflichtig sind, geführt hat).

Es obliegt also dem leistungszuständigen Krankenversicherungsträger, im Sinne seines gesetzlichen Auftrages zur ökonomischen Verwendung der ihm übertragenen Mittel, Effizienz und Wirtschaftlichkeit einer beantragten Behandlungsmethode zu beurteilen. Dies soll durch die Neugestaltung des Antragsformblattes (vgl. zu Frage 8) besser als bisher möglich sein. Im Ergebnis kann das auch dazu führen, dass anstelle der Psychoanalyse eine andere Form der Psychotherapie als „ausreichend und zweckmäßig, das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“ beurteilt wird.

Ein grundsätzliches „Aus“ bzw. ein genereller Finanzierungsstopp für die hochfrequente Psychoanalyse kann aus dieser geplanten Maßnahme sicher nicht abgeleitet werden.

Frage 7:

Faktum ist, dass die den Krankenversicherungsträgern zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel begrenzt sind; Maßnahmen zur Steuerung der Ausgaben in allen Bereichen sind somit unumgänglich notwendig.

So bestimmt § 342 Absatz 2 ASVG etwa hinsichtlich der Ausgaben im Bereich ärztlicher Hilfe, dass die von den Krankenversicherungsträgern mit den niedergelassenen Ärzt/inn/en sowie Gruppenpraxen abgeschlossenen Gesamtverträge eine Ausgabenbegrenzung – keine Leistungsbegrenzung – vorsehen kann, welche auch die Ausgaben für Kostenerstattung in diesem Bereich beinhaltet.

Der Abschluss von Verträgen, die – wie die bestehenden Verträge mit den Großverträgen VaP und WGPV – Jahresausgabenbegrenzungen enthalten, sind also ganz im Sinne dieser gesetzlichen Vorgaben.

Fragen 8 bis 10:

Krankenversicherungsträger sind gesetzlich dazu verpflichtet, die Frage der Leistungszuständigkeit für jede Behandlung genauestens abzuklären.

In Bezug auf psychotherapeutische Behandlungen ist dabei zu beurteilen, ob eine seelische Störung, die Krankenbehandlung erforderlich macht vorliegt und – sofern dies der Fall ist – wie lange und in welchem Umfang diese Behandlung im Sinne des Grundsatzes einer ausreichenden und zweckmäßigen, das Maß des Notwendigen nicht überschreitenden Behandlung tatsächlich erforderlich ist.

Diese Prüfung erfolgt in erster Linie auf Basis der Angaben der/des behandelnden Therapeut/in/en auf dem dafür konzipierten Antragsformblatt, auf dessen Grundlage die Bewilligung der Behandlung durch den KV-Träger erfolgt.

Mit dem neuen Antragsformblatt der Wiener Gebietskrankenkasse, dessen Einsatz mit Oktober 2012 geplant ist, können im Gegensatz zum bisher verwendeten Formular einerseits generelle Angaben zur Anamnese der Patientin/des Patienten – wie etwa über aktuelle Medikamentation, stationäre Aufenthalte etc. – abgefragt werden; zudem ermöglicht dieses auch wesentlich differenziertere Aussagen über Therapieerfordernis (z.B. zum Schweregrad der Störung durch Abfrage des GAF-Wertes) sowie über Therapieziele und -fortschritte.

Mittels dieser Angaben wird sowohl die Möglichkeit der Beurteilung des generellen Therapiebedarfes zu Behandlungsbeginn als auch die Einschätzung der Therapiefortsetzung bei einem Verlängerungsantrag erheblich verbessert.

Anzumerken ist, dass bei der Salzburger Gebietskrankenkasse (SGKK) bereits seit geraumer Zeit in Verwendung befindliche Antragsformblatt wesentlich detailliertere Angaben betreffend die Patientin/den Patienten (insbesondere auch zu deren/dessen Einkommenssituation etc.) enthält.

Eine Anonymisierung der Anträge, wie sie bei der SGKK praktiziert wird, kommt für die WGKK derzeit nicht in Frage – da die Anträge nicht elektronisch übermittelt werden, ist eine Verschlüsselung auch aufgrund der großen Anzahl der täglich ein-langenden Anträge nicht möglich.

Bedenken hinsichtlich des Datenschutzes sind nicht angebracht. Da der Antrag auf Bewilligung jeglicher Behandlung immer von der Patientin/vom Patienten an den für sie/ihn leistungszuständigen KV-Träger übermittelt werden muss, obliegt es diesem allein, dem Krankenversicherungsträger alle jene Informationen zukommen zu lassen, die notwendig sind, um die Übernahme der Kosten für eine Behandlung durch diesen zu erreichen.

Diesbezüglich unterscheidet sich die Antragstellung auf Übernahme von Kosten für Psychotherapie grundsätzlich durch nichts von der Antragstellung auf Kosten einer anderen Behandlung bzw. jener von Heilmitteln oder Heilbehelfen.

Von einer Diskriminierung psychisch Kranker kann also nicht die Rede sein.

Fragen 11 bis 13:

Aufgrund der mit den beiden genannten Großvereinen (VaP und WGVP) abgeschlossenen Verträge sind zur Durchführung der psychotherapeutischen Behandlungen ausschließlich in die Liste des Bundesministeriums für Gesundheit eingetragene Psychotherapeut/inn/en befugt. Eine Qualifikation nach einem anderen Berufsrecht ist nicht erforderlich.

In Bezug auf die Verrechenbarkeit der psychotherapeutischen Behandlungen mit der Wiener Gebietskrankenkasse – und dies gilt für VaP und WGVP gleichermaßen – ist ausschließlich die berufsrechtliche Qualifikation als Psychotherapeut/in erforderlich.

Sehen die für den Verein intern geltenden Vereinsstatuten zusätzliche Qualifikationen für den Erwerb der Mitgliedschaft vor, so ist das eine rein interne Vereinsregelung, die auf den mit der Wiener Gebietskrankenkasse abgeschlossenen Vertrag keine Auswirkungen hat.

In Bezug auf die Leistung „ambulante Psychotherapie“ besteht also vertraglich keinerlei Ungleichbehandlung zwischen jenen Psychotherapeut/inn/en, die auch klinische Psycholog/inn/en/ sind und jenen, die diese zusätzliche Qualifikation nicht aufweisen.

Grund für den befristeten Aufnahmestopp war ausschließlich das Faktum der Überschreitung des Jahresstundenkontingents – nicht jedoch die Qualifikation der Mitglieder eines der beiden Großvereine.“

Fragen 14 bis 16:

Zu den gegenständlichen Fragen hat sich der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger u.a. wie folgt geäußert:

„Es gab intensive Bemühungen, einen Gesamtvertrag abzuschließen, die aber im Jahr 2000 aus folgendem Grund gescheitert sind:

Ein fertig verhandelter Gesamtvertragstext, den der Vorstand des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) bereits beschlossen hatte, wurde den Gremien des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger zum Abschluss vorgelegt, als eine Resolution des Vorstandes des ÖBVP veröffentlicht wurde, wonach der ÖBVP alle Psychotherapeuten unterstützen werde, die klagsweise gegen die soeben vereinbarten gesamtvertraglichen Bestimmungen vorgehen möchten. Dass die Selbstverwaltung des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger nicht bereit war, sich auf eine gesamtvertragliche Beziehung mit einem Partner einzulassen, der sich in dieser Form gleichsam uno actu von den gesamtvertraglichen Vereinbarungen distanziert hat, ist wohl nachvollziehbar.

Ergänzend ist festzuhalten, dass damals Umfragen ergeben haben, dass die meisten niedergelassenen Psychotherapeut/inn/en nicht bereit gewesen wären, einen Einzelvertrag auf der Grundlage der vereinbarten Tarife mit der sozialen Krankenversicherung einzugehen, sondern vielmehr vorhatten, weiter Direktvereinbarungen mit den Patient/inn/en abzuschließen, um auf diese Weise höhere Honorare verlangen und die Patient/inn/en auf die Kostenerstattung verweisen zu können. Das damalige Scheitern des Gesamtvertrages ist damit zu einem wesentlichen Teil auf das Verhalten der Leistungsanbieter zurückzuführen.

Um dem Ziel einer bestmöglichen psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu entsprechen, haben die Krankenversicherungsträger unverzüglich nach dem dargestellten Scheitern der Gesamtvertragslösung begonnen, alternative Sachleistungsstrukturen aufzubauen. Mittlerweile gibt es nach jahrelangen Aufbauarbeiten in allen Bundesländern im Wesentlichen gut funktionierende Strukturen, die die Ansprüche der Patient/inn/en auf „Psychotherapie auf Krankenschein“ erfüllen. Hervorzuheben ist, dass das vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger in Erfüllung des Gesetzesauftrages des § 597 Abs. 5 ASVG (das dabei vom Gesetzgeber gewünschte gemeinsame Vorgehen war mit dem ÖBVP nicht erzielbar) in Auftrag gegebene Psychotherapiekonzept des Instituts für höhere Studien (IHS) aus dem Jahr 2005 in einer ersten Vergleichsanalyse der 2004 existierenden Sachleistungsstrukturen (Vereinslösungen) mit dem Gesamtvertragsmodell Folgendes feststellt:

Nach Prüfung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Versorgungsmodelle sowie der Beleuchtung der ökonomischen Aspekte der Vertragsgestaltungen (Anreizwirkungen) und schlussendlich der Betrachtung der Versorgungsmodelle nach ihrer Leistungsfähigkeit, gemessen anhand von Patient/inn/enorientierung und Fairness (WHO-Kriterien 2000), steht fest, dass der Gesamtvertrag gegenüber den existierenden Sachleistungsversorgungen keine Verbesserung bringen würde. (...)

Die Ausgaben der Krankenversicherung allein für Psychotherapie erhöhten sich von € 29 Mio. im Jahr 2001 auf € 67,3 Mio. im Jahr 2011. Mit € 45,3 Mio. (2011) entfiel der größte Anteil der Ausgaben auf die Sachleistungsversorgung. Im Jahr 2009 wurden von den Versorgungsvereinen und ähnlichen Institutionen rund 500.000 Psychotherapieeinheiten für 35.000 Patient/inn/en erbracht. Ca. 2.100 Psychotherapeut/inn/enen stehen im Rahmen dieser Vereine zur Verfügung. Dies entspricht einem Anteil von annähernd einem Drittel der derzeit berufsberechtigten Therapeut/inn/en.

Der qualitative und quantitative Ausbau der Sachleistungsversorgung wird weiter forciert. So wird beispielsweise der Zugang zur Therapie (z. B. Angebot der psychosozialen Beratung und Therapie durch die Tiroler Gebietskrankenkasse (TGKK) in ihren Außenstellen, nach Entlassung aus stationärer Pflege Weiterbetreuung durch Therapeut/inn/en der Krankenanstalten) sowie die Zuteilung von Therapien (Errichtung von zentralen Anlauf- und Informationsstellen, zuletzt durch die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)) ständig verbessert. Die Sachleistungsversorgungen bieten rasche Erstgespräche bzw. Überbrückungstermine an; dringende Fälle werden priorisiert. Die seit Jahren bestehenden und laufend fortentwickelten regionalen Vereinslösungen stellen eine bedarfs- bzw. zielgruppenorientierte und steuerungseffiziente Versorgungsform dar.

Die Institutionen der Sozialversicherung haben mit dem Ziel einer systematischen Weiterentwicklung eine Strategie Psychische Gesundheit entwickelt, die von der Trägerkonferenz beschlossen wurde. Darin enthalten ist das Bekenntnis, zum weiteren Ausbau der Sachleistungsversorgung mit Psychotherapie nach Maßgabe der vorhandenen Mittel. Um diese Mittel möglichst effizient einzusetzen, soll der Zugang zu Psychotherapie präzise gestaltet werden.“

Da die Sozialversicherungsträger im Rahmen ihrer Selbstverwaltung weiter in den Ausbau der Sachleistungsversorgung im Bereich der Psychotherapie investieren und deutliche Fortschritte sichtbar sind, ist die Umsetzung eines Gesamtvertrages in diesem Bereich für mich nicht das primäre Ziel, das es zu erreichen gilt.

Frage 17:

Ich bekenne mich zum Ziel eines verbesserten Leistungsangebotes im Bereich der Psychotherapie und erkenne in den Bemühungen und jüngsten Aktivitäten der Sozialversicherung auch entsprechende Schritte zur Fortentwicklung dieses Leistungssegments.