

Parlamentsdirektion  
Parlament  
1017 Wien

Organisationseinheit: BMGF - I/A/5 (Ministerratsdienst)  
Sachbearbeiter/in: Elke Wyschata  
E-Mail: elke.wyschata@bmgf.gv.at  
Telefon: +43 (1) 71100-644894  
Fax:  
Geschäftszahl: BMGF-11000/0059-I/A/5/2016  
Datum: 28.10.2016  
BKA - PDion (PDion)89/PET-NR/2016

### **Petition 89/PET betr. "Psychotherapie auf Krankenschein für alle - jetzt"**

Sehr geehrte Damen und Herren!

Unter Bezugnahme auf das Schreiben vom 6. Oktober 2016, Zl. 89/PET-NR/2016, teilt das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen zu der im Betreff genannten Petition Folgendes mit:

Psychische Gesundheit ist angesichts der zunehmenden Prävalenz psychischer und psychosomatischer Störungen ein zentrales Thema der gesamten Sozialversicherung. Die Behandlung durch Psychotherapeut/inn/en ist ein unverzichtbares Element in der Gesundheitsversorgung dieser Patient/inn/en. In diesem Zusammenhang ist aber auch die geltende Rechtslage im Bereich der Krankenversicherung in Erinnerung zu rufen.

Nach den einschlägigen sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften werden den Versicherten von den Krankenversicherungsträgern aus dem Versicherungsfall der Krankheit – das ist im krankenversicherungsrechtlichen Sinn ein regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der eine Krankenbehandlung notwendig macht – Krankenbehandlung und aus dem Versicherungsfall der Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit Krankengeld gewährt.

Die Krankenbehandlung – sie umfasst ärztliche Hilfe, Heilmittel und Heilbehelfe – muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten; die Kosten hierfür werden von den Krankenversicherungsträgern im Rahmen des Notwendigen als Sachleistung getragen.

Die psychotherapeutische Behandlung durch Personen, die gemäß dem Psychotherapiegesetz zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt sind, ist in Österreich der ärztlichen Hilfe gleichgestellt, wenn nachweislich vor oder nach der ersten, jedenfalls vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung innerhalb desselben Abrechnungszeitraumes eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat.

Nach der gesetzlichen Konzeption bei Aufnahme der Psychotherapie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 1992 sollte die Leistungserbringung – wie bei der ärztlichen Hilfe durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – durch einen Gesamtvertrag zwischen der beruflichen Interessenvertretung der Psychotherapeut/inn/en und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger erfolgen. Allerdings konnte trotz mehrfacher Anläufe keine Einigung auf einen solchen Gesamtvertrag erzielt werden.

Die Krankenversicherungsträger haben daher regional unterschiedliche Lösungen zum Aufbau einer Sachleistungsstruktur für Psychotherapie getroffen, wonach Angebote zur Inanspruchnahme der Psychotherapie als Sachleistung ohne Zuzahlung bestehen. Das Sachleistungsangebot wurde über die Jahre hinweg mit nicht unerheblichem Mitteleinsatz stetig ausgebaut und stellt mittlerweile eine wesentliche Säule der psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten dar.

In Ermangelung eines Gesamtvertrags wird für die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Behandlung durch eingetragene Psychotherapeut/inn/en (wenn es sich um Krankenbehandlung handelt und zeitgerecht eine ärztliche Untersuchung stattgefunden hat) ein satzungsmäßig festgelegter Kostenzuschuss nach Vorlage der saldierten Rechnung geleistet.

Auch wenn aus guten Gründen die Meinung vertreten werden kann, dass damit eine sinnvolle Versorgung der betroffenen Personen mit den erforderlichen psychotherapeutischen Leistungen nicht gewährleistet ist, so muss doch auf folgende Rechtslage hingewiesen werden:

§ 131b des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes (ASVG) regelt, dass in jenen Fällen, in denen noch keine Verträge für den Bereich einer Berufsgruppe bestehen, der Versicherungsträger den Versicherten die in der Satzung festgesetzten Kostenzuschüsse zu leisten hat. Der Versicherungsträger hat das Ausmaß dieser Zuschüsse unter Bedachtnahme auf seine finanzielle Leistungsfähigkeit und das wirtschaftliche Bedürfnis der Versicherten festzusetzen.

Bei einer Anhebung der Zuschüsse ist jedenfalls auch auf die Vertragstarife der Vereine Bedacht zu nehmen, die Psychotherapie als Sachleistung anbieten und sich dabei unter anderem niedergelassener Psychotherapeut/inn/en bedienen. Der Verfassungsgerichtshof bezeichnet eine Zuschussregelung in ihrer Höhe dann als rechtmäßig, wenn sich das satzungsgebende Organ anhand der Bemessungskriterien des § 131b ASVG über die tatsächlichen Gegebenheiten, unter denen Versicherte die entsprechende Leistung erlangen können, ins Klare gesetzt und davon ausgehend den Kostenzuschuss – gemessen an vergleichbaren Tarifen – in vertretbarer Höhe festgelegt hat (V43/09).

In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter (BVA), die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) – diese drei Anstalten weisen eine gute finanzielle Lage auf – mittlerweile die Kostenzuschüsse für die Behandlung durch eine Psychotherapeutin/einen Psychotherapeuten erhöht haben. Im Fall der BVA wurde der Zuschuss für eine Einzelsitzung ab 25 Minuten von € 12,72 auf € 23,34 und für eine Einzelsitzung ab 50 Minuten von € 21,80 auf € 40,00 angehoben, im Fall der SVB von € 21,80 für 60 Minuten auf € 50,00. Die VAEB hat zur nachhaltigen Verbesserung und Stärkung der psychischen Gesundheit den hauptsächlich in Betracht kommenden Pauschalbetrag für Einzeltherapien zu 60 Minuten von € 21,80 auf € 28,-- pro Sitzung (exklusive Mehrwertsteuer) angehoben.

Alle anderen Versicherungsträger leisten einen Zuschuss in der Höhe von € 21,80.

Das Bundesministerium hat stets die Bemühungen um einen Gesamtvertrag unterstützt und würde dies auch in Hinkunft tun. Da es sich bei einem Gesamtvertrag um einen privatrechtlichen Vertrag handelt, kann jedoch kein Vertragspartner zum Abschluss eines solchen Vertrages gezwungen werden. Auch kommt aufgrund der Selbstverwaltung der Sozialversicherungsträger dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Rahmen seines gesetzlichen Aufgabenbereiches keine bestimmende Einflussmöglichkeit auf einen Vertragsabschluss zu – weder darauf, ob ein Gesamtvertrag abgeschlossen wird, noch auf seinen konkreten Inhalt.

Abschließend wird jedenfalls versichert, dass das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen weiterhin im höchsten Maße um eine bestmögliche medizinische Versorgung der österreichischen Bevölkerung unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen bemüht ist. Das Gesundheitssystem in Österreich soll damit auch in Zukunft leistbar, qualitativ hochstehend und international angesehen bleiben und somit ein Gesundheitssystem für alle Österreicherinnen und Österreicher sein.

Für die Bundesministerin:  
Irene Peischl