

Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter

Projekt „Psychische Gesundheit“

Anhang zu den SGKK – Berichtsteilen:

- **Medikamente**
- **Arbeitsunfähigkeit**

sowie

- **Abgrenzungs- und Grundsatzfragen (Langfassung)**

Anhang: Medikamente

Liste der Tabellen und Abbildungen:

Übersichtstabelle I: Patienten mit Antidepressiva, Antipsychotika und Tranquilizern nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

Übersichtstabelle II: Anzahl der Psychopharmaka-Patienten (Antidepressiva, Antipsychotika, Tranquilizer, Stimulanzien, Kombinationspräparate) von 2007 bis 2009 nach Geschlecht

Übersichtstabelle III: Patienten mit Stimulanzien nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

Übersichtstabelle IV: Patienten mit Antidementiva nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

Tab. 1: Psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen (Medikamente, stationärer Aufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit), 2009

Tab. 2: Patienten unter Psychopharmakotherapie, Männer und Frauen, 2009

Abb. 1: Anstieg von Prävalenz¹ und Psychopharmaka-Verordnungen von 2006-2009, alle Träger

Abb. 2: Kosten auf 1000 ASP in den Trägern, 2009

Abb. 3: Anstieg der Kosten für Psychopharmaka von 2006-2009, alle Träger

Abb. 4: Psychopharmaka: Patienten in den einzelnen Medikamentengruppen, 2009

Abb. 5: Anstieg der Anzahl von Antidepressiva-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger 2006-2009

Abb. 6: Patienten unter Antidepressiva-Therapie, bezogen auf 1000 ASP, 2009

Abb. 7: Antidepressiva: Patienten pro 1000 ASP, Männer und Frauen, 2009

Tab.3: Antidepressiva: Vgl. v. Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient u. Kosten pro Patient, 2009

Abb.8: Antidepressiva: Veränderungen v. Kosten/Verordnung, Verordnungen/Patient u. Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006-2009

Abb. 9: Anstieg der Anzahl von Antipsychotika-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger 2006-2009

Abb.10: Patienten unter Antipsychotika-Therapie, bezogen auf 1000 ASP, 2009

Abb. 11: Antipsychotika: Patienten pro 1000 ASP, Männer und Frauen, 2009

Abb. 12: Antipsychotika: Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006-2009

Abb. 13: Patienten unter Therapie mit Tranquilizern, bezogen auf 1000 ASP, 2009

Abb. 14: Veränderungen der Anzahl von Patienten unter Tranquilizer-Therapie, Männer und Frauen, alle Träger, 2006-2009

Abb.15: Tranquilizer: Patienten pro 1000 ASP, Männer und Frauen, 2009

¹ Prävalenz bedeutet die Anzahl der Personen, die von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen sind, welches eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erzwang (Verordnung von Psychopharmaka, stationärer Aufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10).

- Tab. 5: Tranquilizer: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009
- Abb. 16: Tranquilizer. Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006-2009,
- Abb. 16a: Tranquilizer: Patienten pro 1000 ASP bei Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 17: Antidementiva: Patienten pro 1000 ASP, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 18: Anstieg der Anzahl von Antidementiva-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger, 2006-2009
- Abb. 19: Patienten unter Antidementiva-Therapie, bezogen auf 1000 ASP, 2009
- Tab. 6: Antidementiva: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009
- Abb. 20: Antidementiva. Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006-2009
- Abb. 20a: Zunahme der Verordnungen von ‚echten‘ Antidementiva und Gingko-Präparaten im Zeitverlauf, alle Träger, 2006-2009
- Abb. 20b: Verordnungen pro Patient bei ‚echten‘ Antidementiva und Gingko-Präparaten, 2009
- Abb. 21: Anteile der Altersgruppen an der jeweiligen Gesamtprävalenz² pro Träger, 2009
- Abb. 22: Anteile der jeweiligen Altersgruppen bei Männern mit psychischen Erkrankungen (Medikamente, stationärer Aufenthalt, Arbeitsunfähigkeit), 2009
- Abb. 23: Anteile der jeweiligen Altersgruppen bei Frauen mit psychischen Erkrankungen (Medikamente, stationärer Aufenthalt, Arbeitsunfähigkeit), 2009
- Abb. 24: Prävalenz² psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in den jeweiligen Altersgruppen, alle Träger, 2009
- Abb. 25: Prävalenz² psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der 0-10jährigen, Buben und Mädchen, 2009
- Abb. 26: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Antidepressiva: Patienten pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patient, 2009
- Abb. 27: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Antidepressiva: Patientinnen pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patientin, 2009
- Abb. 28: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Antipsychotik: Patienten pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patient, 2009
- Abb. 29: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Antipsychotik: Patientinnen pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patient, 2009
- Abb. 30: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Tranquilizer: Patienten pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patient, 2009
- Abb. 31: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Tranquilizer: Patientinnen pro 1000 ASP und Verordnungen pro Patient, 2009

² Prävalenz bedeutet die Anzahl der Personen, die von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen sind, welches eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erzwang (Verordnung von Psychopharmaka, stationärer Aufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10).

- Abb. 31a: Anzahl der Buben und Mädchen in der Gruppe der 0-10jährigen, die Anxiolytika bzw. Hypnotika/Sedativa erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009
- Abb. 31b: Anzahl der Buben und Mädchen in der Gruppe der 0-10jährigen, die Stimulanzien erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009
- Abb. 32: Prävalenz³ psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 33: Antidepressiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 34: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 35: Antipsychotika: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 36: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 37: Tranquilizer: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 38: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11-20jährigen, männlich und weiblich, 2009
- Abb. 38a: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten in der Gruppe der 11-20jährigen, die Anxiolytika bzw. Hypnotika/Sedativa erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009
- Abb. 38b: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten in der Gruppe der 11-20jährigen, die Stimulanzien erhalten, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009
- Abb. 39: Prävalenz³ psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der 21-40jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 40: Prävalenz³ psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der 41-60jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 41: Antidepressiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 21-40jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 42: Antidepressiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 41-60jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Tab. 7: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 43: Antipsychotika: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 21-40jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 44: Antipsychotika: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 41-60jährigen, Männer und Frauen, 2009
- Tab. 8: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

³ Prävalenz bedeutet die Anzahl der Personen, die von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen sind, welches eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erzwang (Verordnung von Psychopharmaka, stationärer Aufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10).

Abb. 45: Tranquilizer: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 21-40jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 46: Tranquilizer: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 41-60jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 9: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 47: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der bis-40jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 48: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 41-50jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 49: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 51-60jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 10: Antidementiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 40 Jahre, 41-50 und 51-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 50: Prävalenz⁴ psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der 61-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 51: Prävalenz⁴ psychischer Erkrankungen pro 1000 ASP in der Gruppe der über-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 52: Antidepressiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 61-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 53: Antidepressiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der über-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 11: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 61-80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 54: Antipsychotika: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 61-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 55: Antipsychotika: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der über-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 12: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 61-80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 56: Tranquilizer: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 61-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 57: Tranquilizer: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der über-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 13: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 61-80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 58: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 61-70jährigen, Männer und Frauen, 2009

Abb. 59: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der 71-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

⁴ Prävalenz bedeutet die Anzahl der Personen, die von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen sind, welches eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erzwang (Verordnung von Psychopharmaka, stationärer Aufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10).

Abb. 60: Antidementiva: Patienten auf 1000 ASP in der Altersgruppe der über-80jährigen, Männer und Frauen, 2009

Tab. 14: Antidementiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 61-70, 71-80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

Abb. 61: Bevölkerung nach Alter und politischen Bezirken, 2009,

Abb. 62: Heilmittel-Prävalenz⁵ psychischer Erkrankungen nach politischen Bezirken, in Prozent der Bevölkerung, 2009

Abb. 63: Psychopharmaka: Veränderungen in den Kosten, Verordnungen, Kosten pro Verordnung und Patientenzahlen von 2006-2009, alle Träger,

Tab. 15: Psychopharmaka: Kosten pro Verordnung und Kosten pro Patient, Männer und Frauen, 2009

⁵ Prävalenz bedeutet die Anzahl der Personen, die von psychischen Erkrankungen in einem Ausmaß betroffen sind, welches eine Inanspruchnahme des Gesundheitssystems erzwang (Verordnung von Psychopharmaka, stationärer Aufenthalt oder Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer F-Diagnose nach ICD-10).

Übersichtstabelle I: Patienten mit Antidepressiva, Antipsychotika und Tranquilizer nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

	0-10 Jahre			11-20 Jahre			21-40 Jahre			41-60 Jahre			über 60 Jahre		
	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.	gesamt	männl.	weibl.
Antidepressiva	312	183	129	10.578	4.139	6.439	113.682	40.701	72.981	259.495	88.661	170.834	329.866	93.308	236.558
Antipsychotika	590	450	140	4.608	2.751	1.857	30.978	16.196	14.782	63.427	29.282	34.145	111.941	37.882	74.059
Tranquilizer	3.740	2.070	1.670	2.702	1.381	1.321	27.062	13.053	14.009	71.890	29.365	42.525	199.826	52.486	147.340

Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Übersichtstabelle II: Anzahl der Psychopharmaka-Patienten (Antidepressiva, Antipsychotika, Tranquilizer, Stimulanzien, Kombinationspräparate) von 2007 bis 2009 nach Geschlecht

Jahr	Gesamt	Männer	Frauen
2007	792.957	268.731	524.226
2008	826.931	283.507	543.424
2009	836.650	290.084	546.566

Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Übersichtstabelle III: Patienten mit Stimulanzen nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

Alter	gesamt	Männer	Frauen
0 – 5 Jahre	49	45	4
6 – 10 Jahre	2.126	1.828	298
11 – 15 Jahre	3.167	2.755	412
16 – 20 Jahre	880	734	146
21 – 30 Jahre	566	395	171
über 30 Jahre	1.518	736	782
gesamt	8.306	6.493	1.813

Quelle: LEICON (2010)

Übersichtstabelle IV: Patienten mit Antidementiva nach Altersgruppen und Geschlecht, 2009

Alter	gesamt	Männer	Frauen
Bis 40 Jahre	8.682	3.562	5.120
41 – 50 Jahre	11.648	4.491	7.157
51 – 60 Jahre	22.402	8.082	14.320
61 – 70 Jahre	54.785	18.349	36.436
71 – 80 Jahre	75.180	24.789	50.391
81 – 90 Jahre	80.273	20.769	59.504
über 90 Jahre	9.760	1.996	7.764
gesamt	262.730	82.038	180.692

Quelle: LEICON (2010)

Tab. 1: Psychische Erkrankungen bei Männern und Frauen (Medikamente, stationärer Aufenthalt bzw. Arbeitsunfähigkeit), 2009

	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen	
	pro 1000 männliche ASP	Anteil an der Prävalenz	pro 1000 weibliche ASP	Anteil an der Prävalenz
VAEB	128	43,9 %	234	56,1 %
BVA	99	38,7 %	149	61,3 %
WGKK	97	32,7 %	171	67,3 %
NÖGKK	90	32,1 %	174	67,9 %
BGKK	103	30,9 %	200	69,1 %
OÖGKK	86	34,0 %	157	66,0 %
StGKK	99	32,1 %	186	67,9 %
KGKK	103	32,1 %	188	67,9 %
SGKK	92	33,2 %	162	66,8 %
TGKK	90	32,7 %	164	67,3 %
VGKK	94	34,9 %	159	65,1 %
SVA	71	43,7 %	119	56,3 %
SVB	102	32,6 %	200	67,4 %
Österreich	93	34,2 %	169	65,8 %

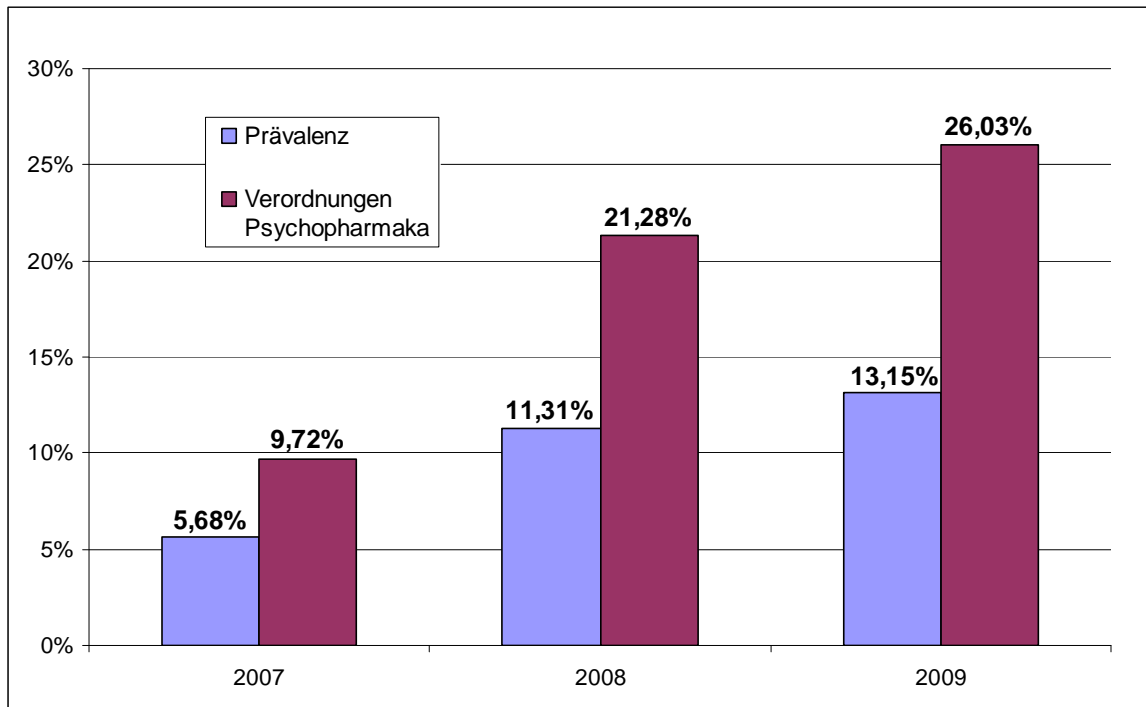
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Tab. 2: Patienten unter Psychopharmakotherapie, Männer und Frauen, 2009

	Prävalenz Männer		Prävalenz Frauen	
	pro 1000 männliche ASP	Anteil an allen Patienten	pro 1000 weibliche ASP	Anteil an allen Patienten
VAEB	127	43,7 %	232	56,3 %
BVA	97	38,5%	147	61,5%
WGKK	91	32,5%	163	67,5%
NÖGKK	85	31,6%	169	68,4%
BGKK	98	30,5%	195	69,5%
OÖGKK	79	33,3%	150	66,7%
StGKK	94	31,6%	182	68,4%
KGKK	97	31,5%	183	68,5%
SGKK	84	32,4%	154	67,5%
TGKK	85	32,2%	159	67,8%
VGKK	85	34,0%	151	66,0%
SVA	69	43,6%	118	56,4%
SVB	101	32,5%	199	67,5%
Österreich	89	33,8%	164	66,1%

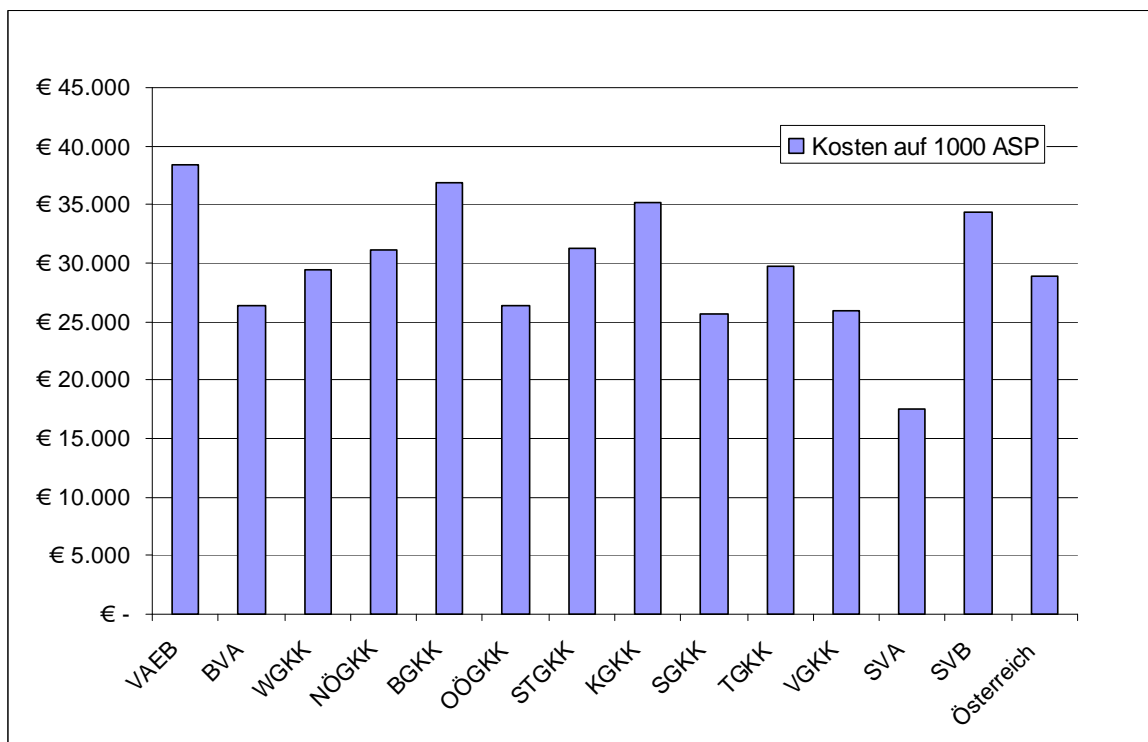
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 1: Anstieg von Prävalenz und Psychopharmaka-Verordnungen von 2006 - 2009 (2006 = 100 %), alle Träger



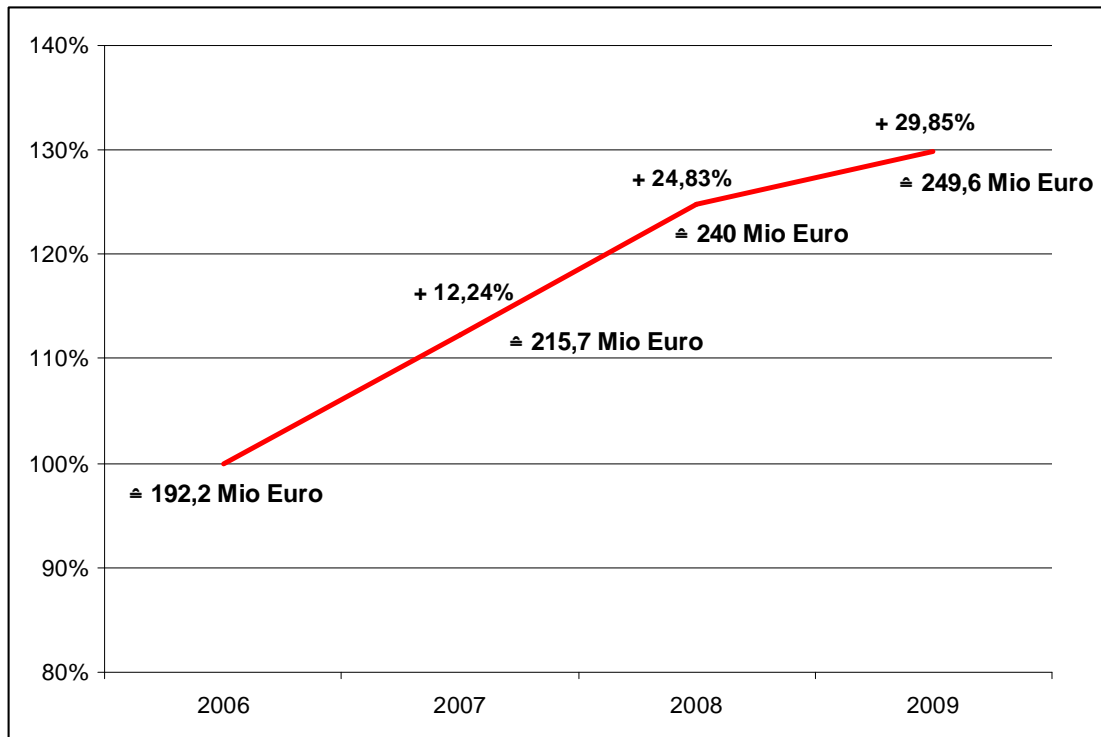
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 2: Kosten auf 1000 Anspruchsberechtigte in den jeweiligen Trägern, 2009



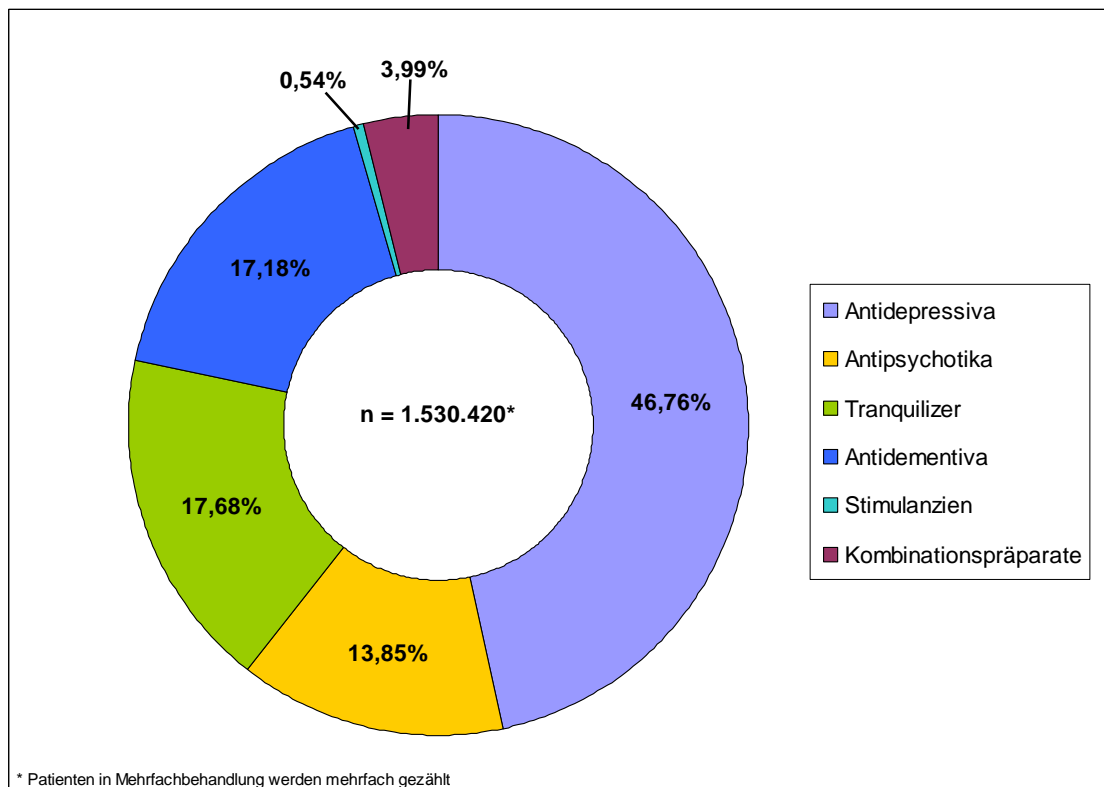
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

**Abb. 3: Anstieg der Kosten für Psychopharmaka von 2006 – 2009
(2006 = 100%), alle Träger**



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

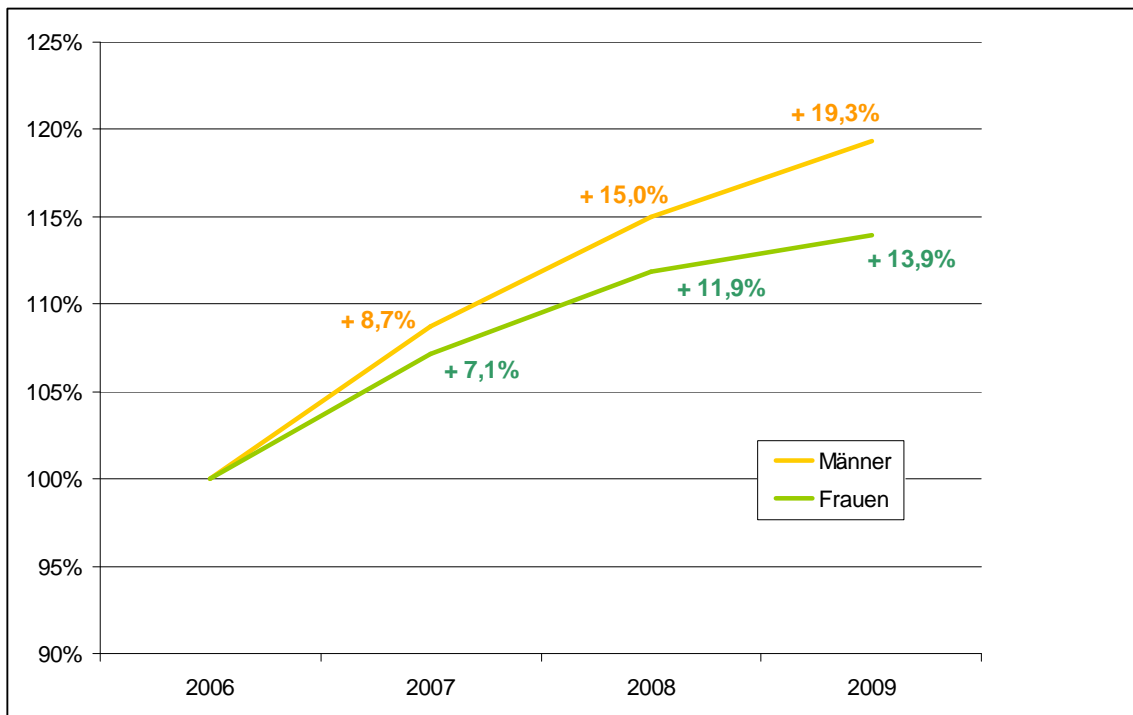
**Abb. 4: Psychopharmaka: Patienten in den einzelnen
Medikamentengruppen, 2009**



* Patienten in Mehrfachbehandlung werden mehrfach gezählt

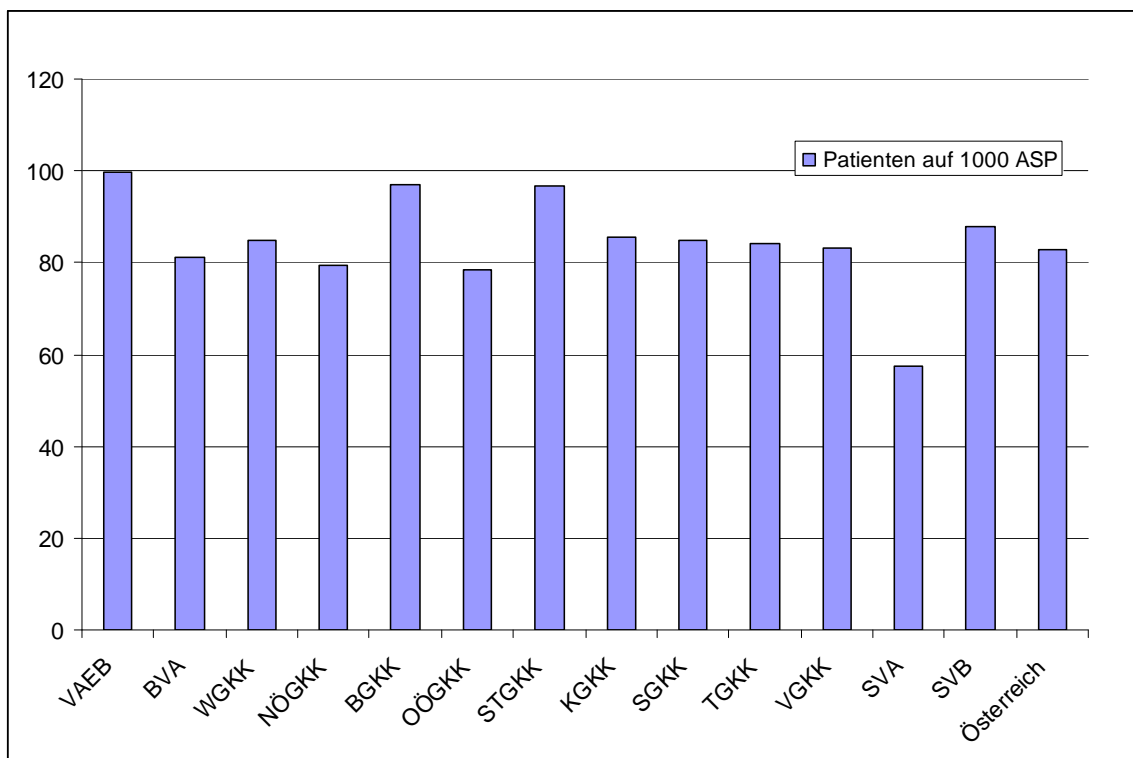
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 5: Anstieg der Anzahl von Antidepressiva-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100%)



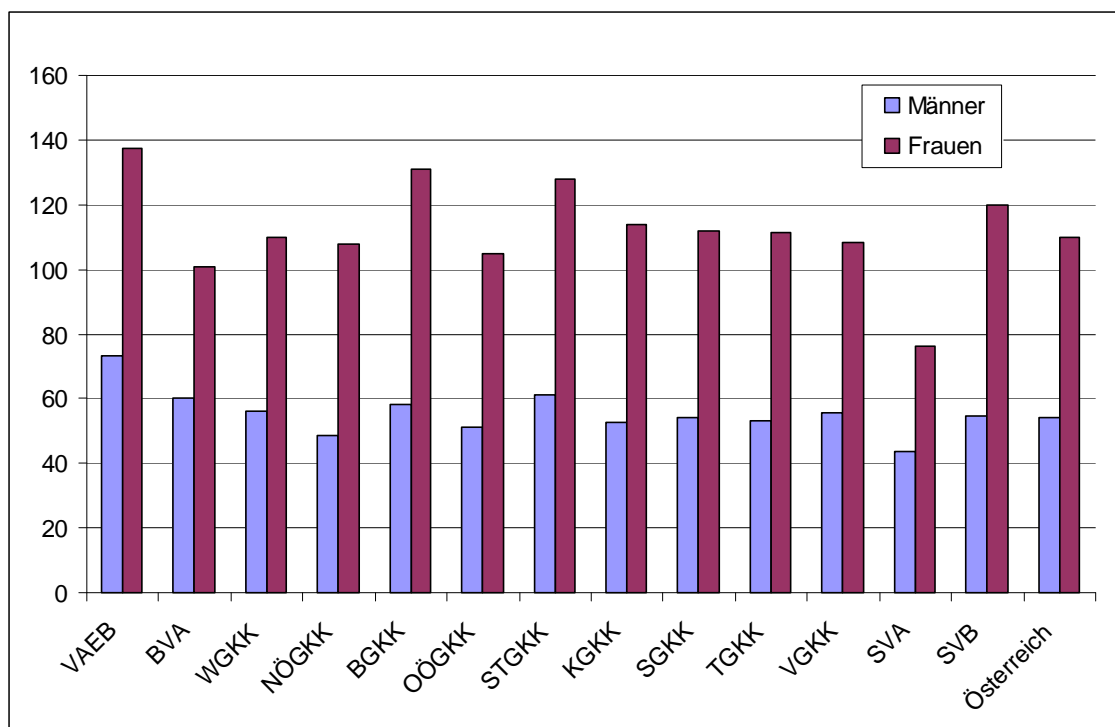
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 6: Patienten unter Antidepressiva-Therapie, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 7: Antidepressiva: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte (ASP), Männer und Frauen, 2009



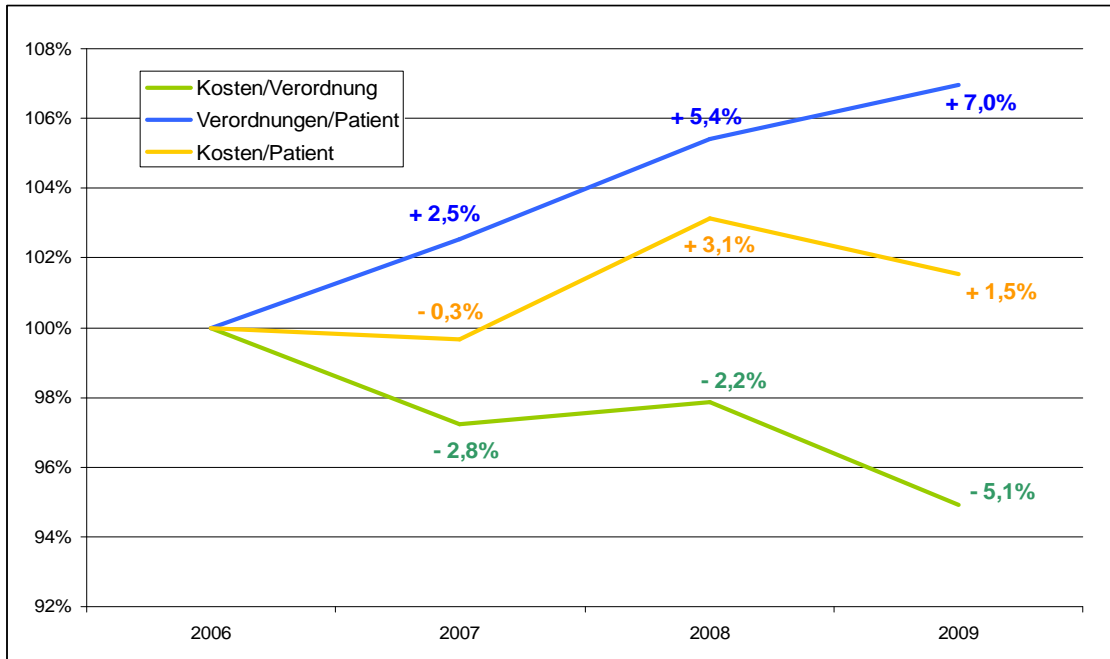
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 3: Antidepressiva: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009

	Kosten pro Verordnung	Verordnungen pro Antidepressiva-Patient	Kosten pro Antidepressiva-Patient
VAEB	€ 17,39	7,34	€ 127,68
BVA	€ 18,33	7,00	€ 128,33
WGKK	€ 17,60	6,70	€ 117,94
NÖGKK	€ 17,95	7,17	€ 128,73
BGKK	€ 16,99	7,30	€ 124,07
OÖGKK	€ 18,12	6,99	€ 126,64
STGKK	€ 17,39	7,15	€ 124,33
KGKK	€ 17,50	6,85	€ 119,94
SGKK	€ 17,54	6,94	€ 121,75
TGKK	€ 18,52	7,48	€ 138,59
VGKK	€ 17,29	7,15	€ 123,62
SVA	€ 17,79	6,72	€ 119,58
SVB	€ 17,05	7,72	€ 131,68
Österreich	€ 17,75	7,05	€ 125,12

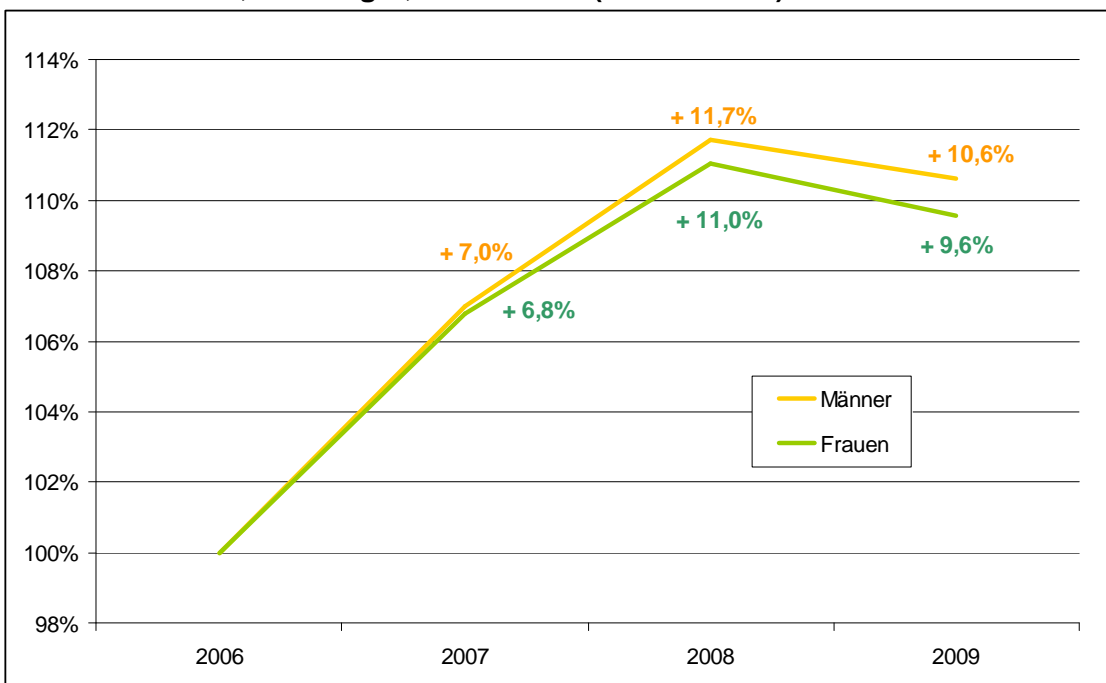
Quelle: LEICON (2010)

Abb. 8: Antidepressiva: Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006 – 2008 (2006 = 100%)



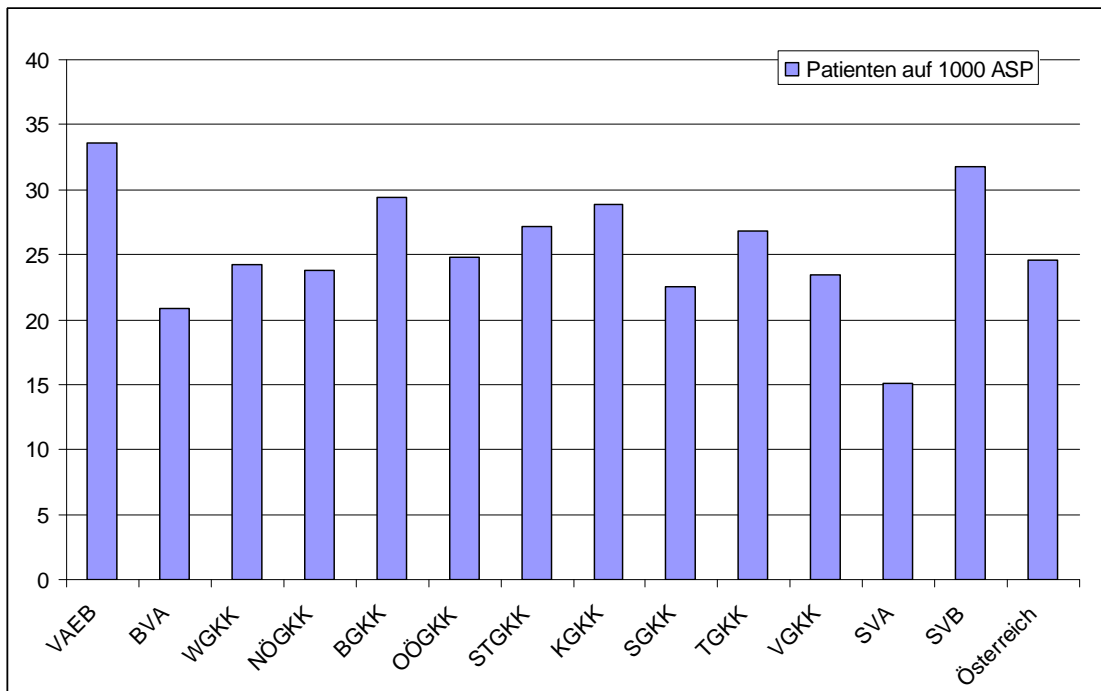
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 9: Anstieg der Anzahl von Antipsychotika-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100%)



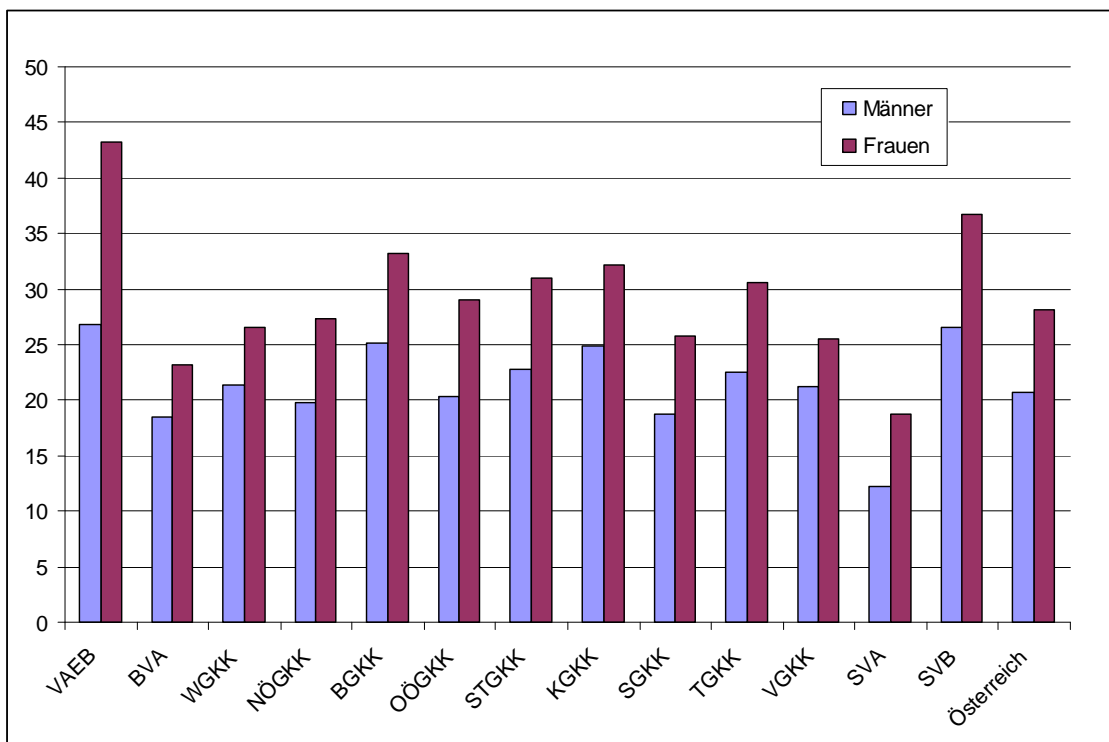
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 10: Patienten unter Antipsychotika-Therapie, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 11: Antipsychotika: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



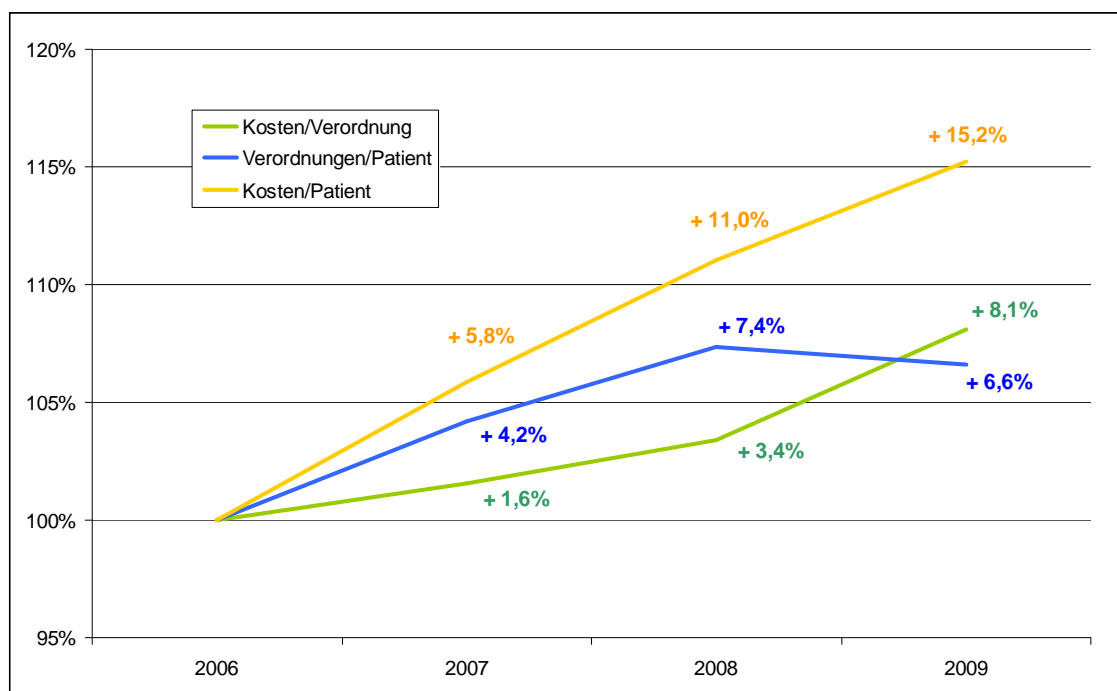
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 4: Antipsychotika: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009

	Kosten pro Verordnung	Verordnungen pro Antipsychotika-Patient	Kosten pro Antipsychotika-Patient
VAEB	€ 42,60	7,67	€ 326,62
BVA	€ 48,33	7,35	€ 355,31
WGKK	€ 53,74	8,75	€ 470,20
NÖGKK	€ 56,67	9,03	€ 511,62
BGKK	€ 54,66	8,73	€ 477,26
OÖGKK	€ 47,31	8,80	€ 416,42
STGKK	€ 49,93	8,70	€ 434,52
KGKK	€ 58,13	9,79	€ 568,85
SGKK	€ 52,08	8,19	€ 426,67
TGKK	€ 51,74	8,44	€ 436,92
VGKK	€ 53,84	9,31	€ 501,23
SVA	€ 43,70	7,08	€ 309,24
SVB	€ 43,48	8,29	€ 360,50
Österreich	€ 51,18	8,56	€ 438,35

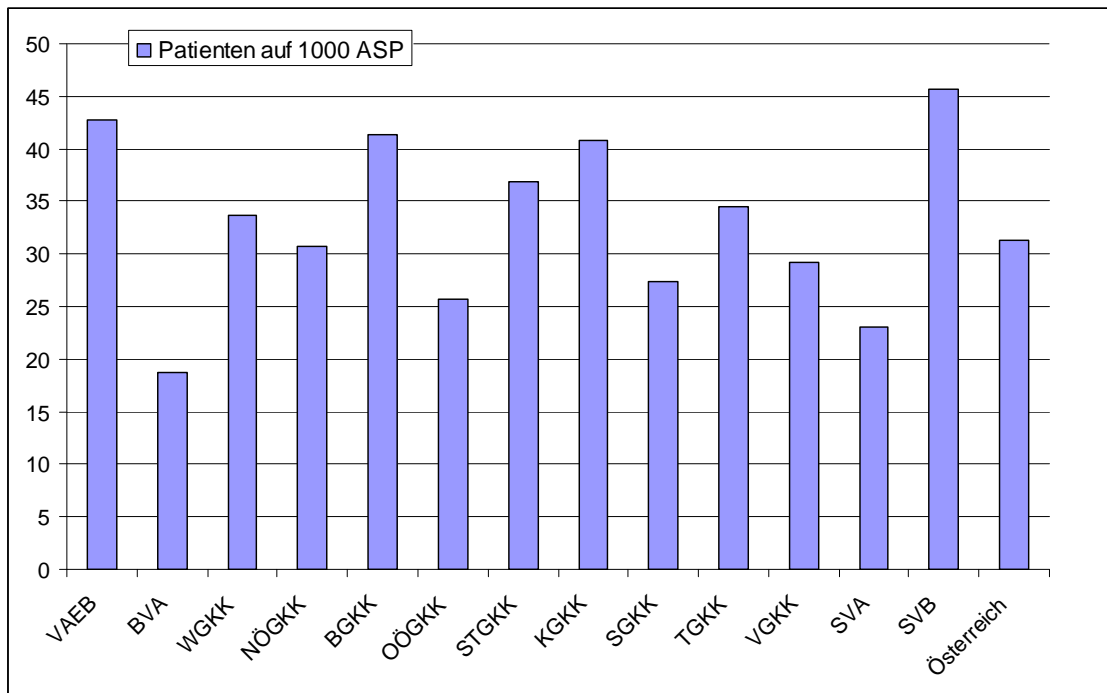
Quelle: LEICON (2010)

Abb. 12: Antipsychotika: Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006 – 2008 (2006 = 100%)



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 13: Patienten unter Therapie mit Tranquilizern, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



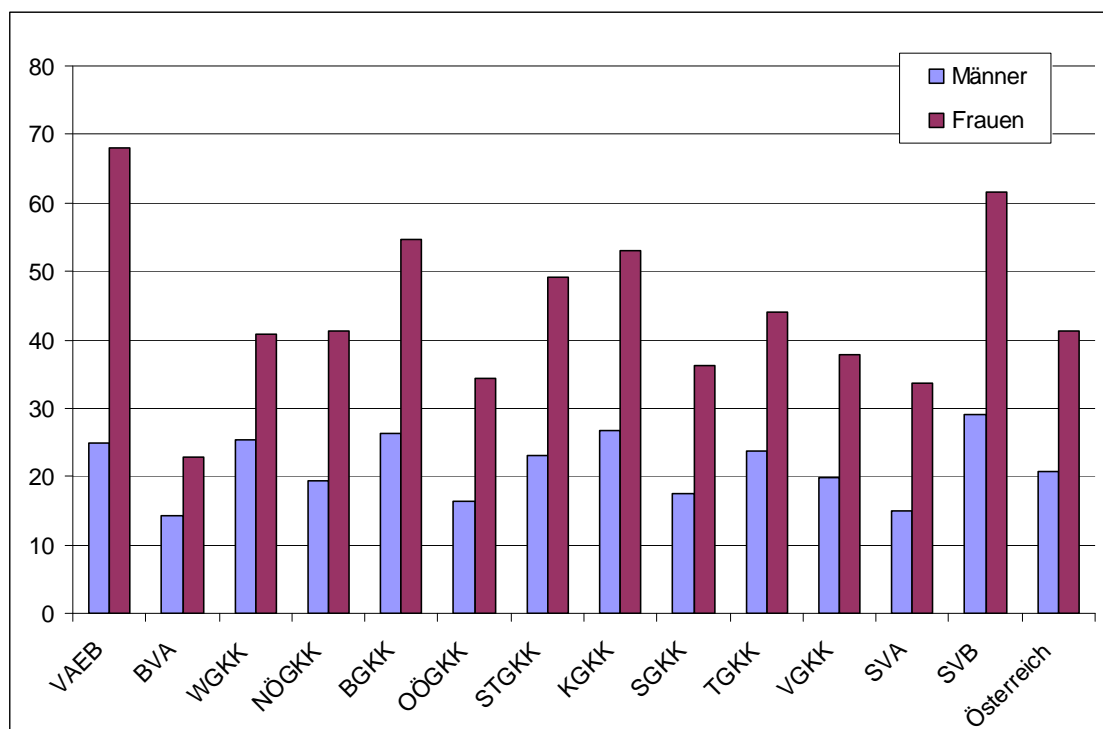
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 14: Veränderungen der Anzahl von Patienten unter Tranquilizer-Therapie, Männer und Frauen, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100 %)



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 15: Tranquillizer: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



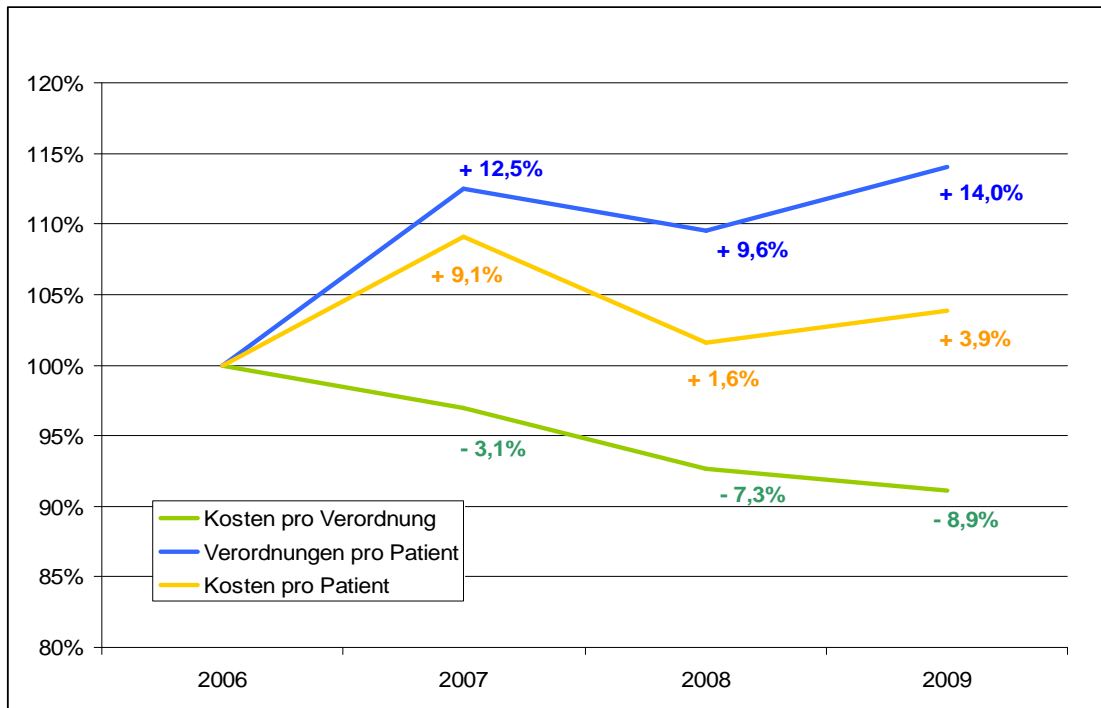
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 5: Tranquillizer: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009

	Kosten pro Verordnung	Verordnungen pro Tranquillizer-Patient	Kosten pro Tranquillizer-Patient
VAEB	€ 2,77	8,81	€ 24,42
BVA	€ 3,67	6,29	€ 23,06
WGKK	€ 3,25	14,64	€ 47,57
NÖGKK	€ 3,19	8,77	€ 27,98
BGKK	€ 3,08	8,20	€ 25,28
OÖGKK	€ 3,06	7,79	€ 23,85
STGKK	€ 2,82	10,37	€ 29,28
KGKK	€ 2,99	9,44	€ 28,23
SGKK	€ 2,83	10,98	€ 31,10
TGKK	€ 2,84	13,13	€ 37,33
VGKK	€ 3,54	8,85	€ 31,35
SVA	€ 2,70	8,85	€ 23,85
SVB	€ 2,55	8,79	€ 22,42
Österreich	€ 3,04	10,26	€ 31,17

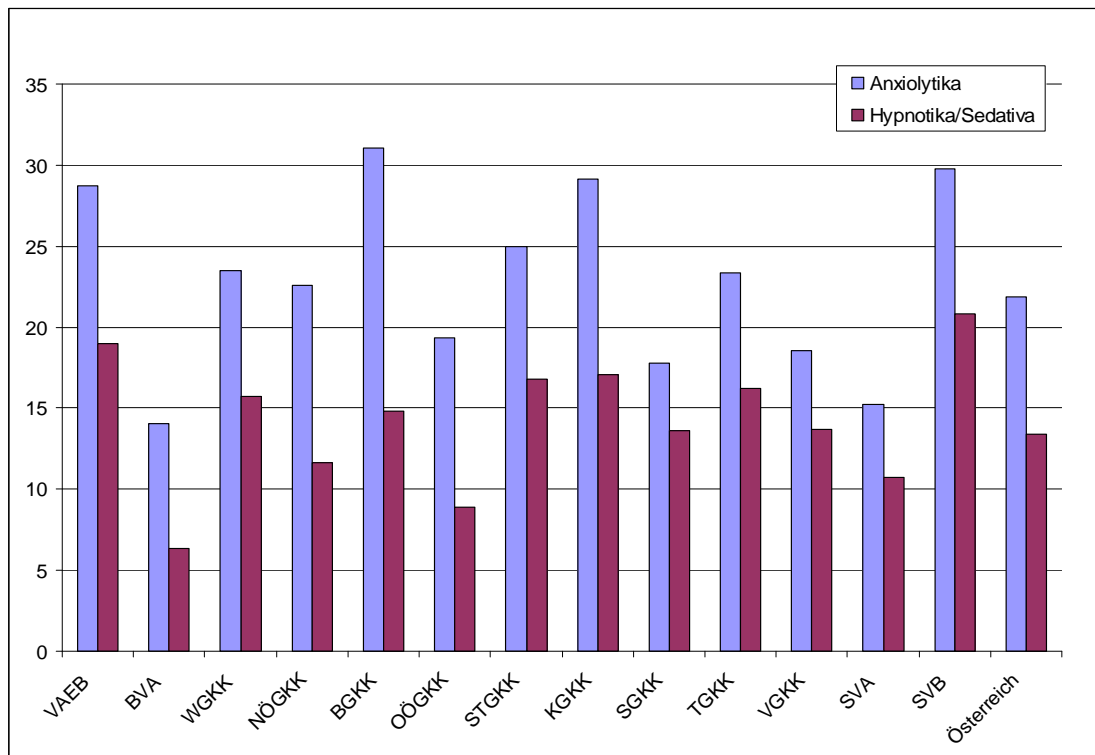
Quelle: LEICON (2010)

Abb. 16: Tranquilizer: Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006 – 2008 (2006 = 100%)



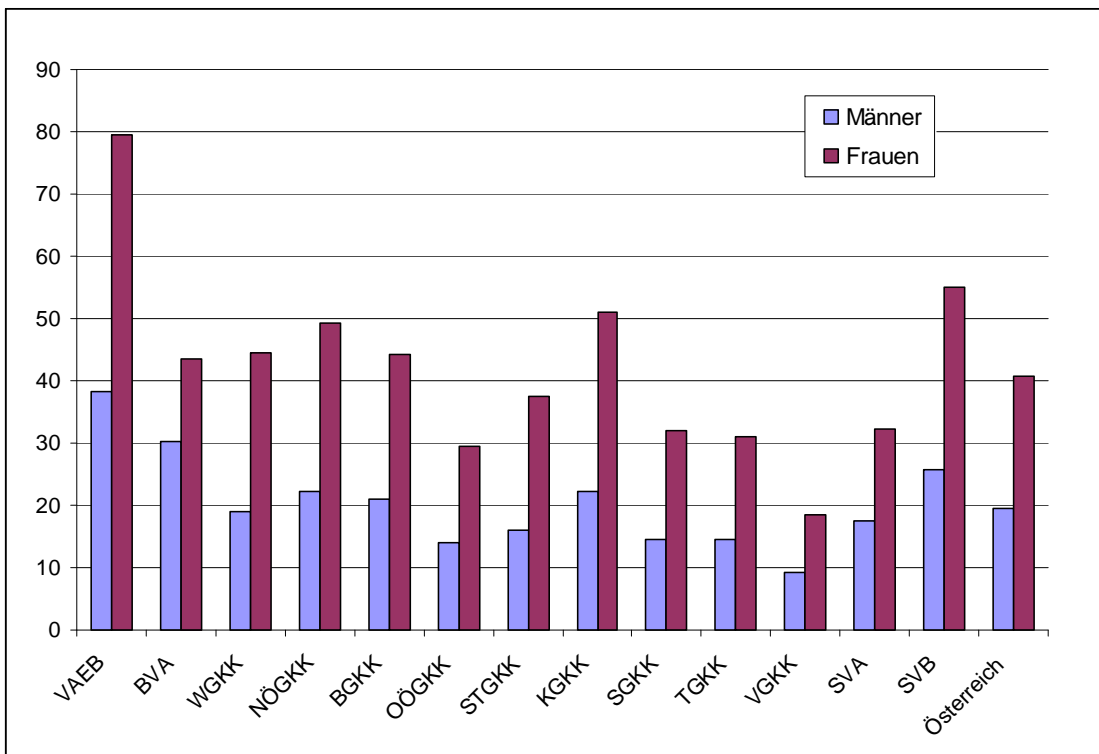
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 16a: Tranquilizer: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte bei Anxiolytika und Hypnotika/Sedativa, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 17: Antidementiva: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



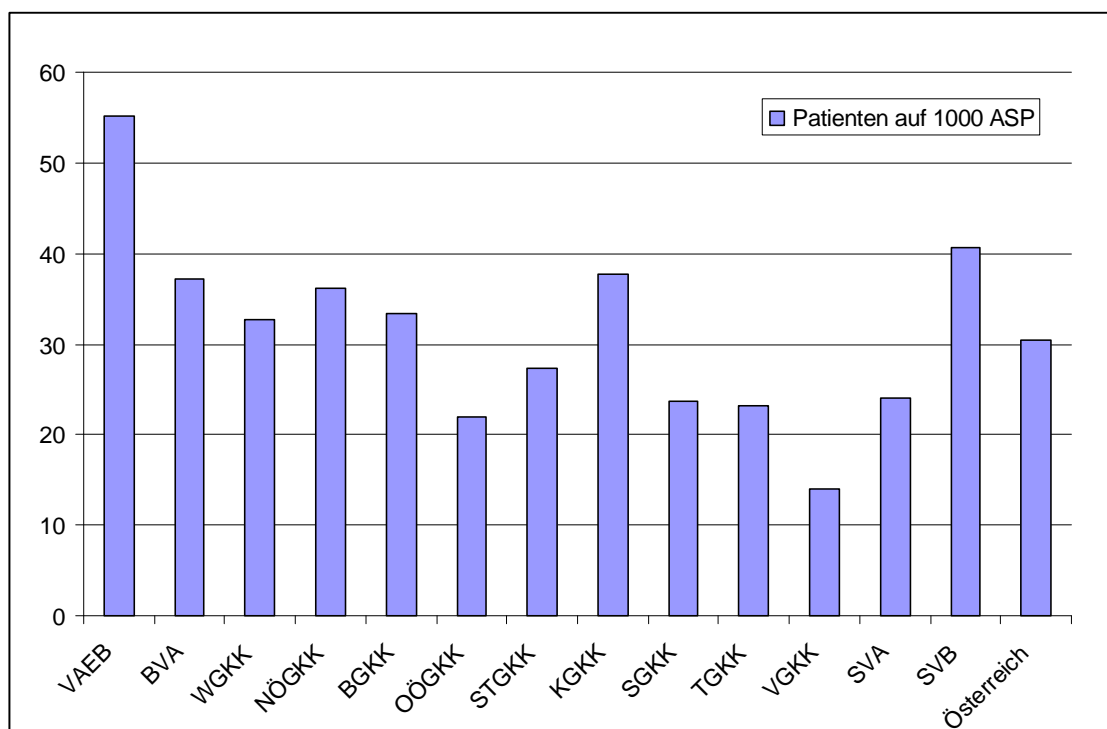
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 18: Anstieg der Anzahl von Antidementiva-Patienten, Männer und Frauen, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100%)



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 19: Patienten unter Antidementiva-Therapie, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



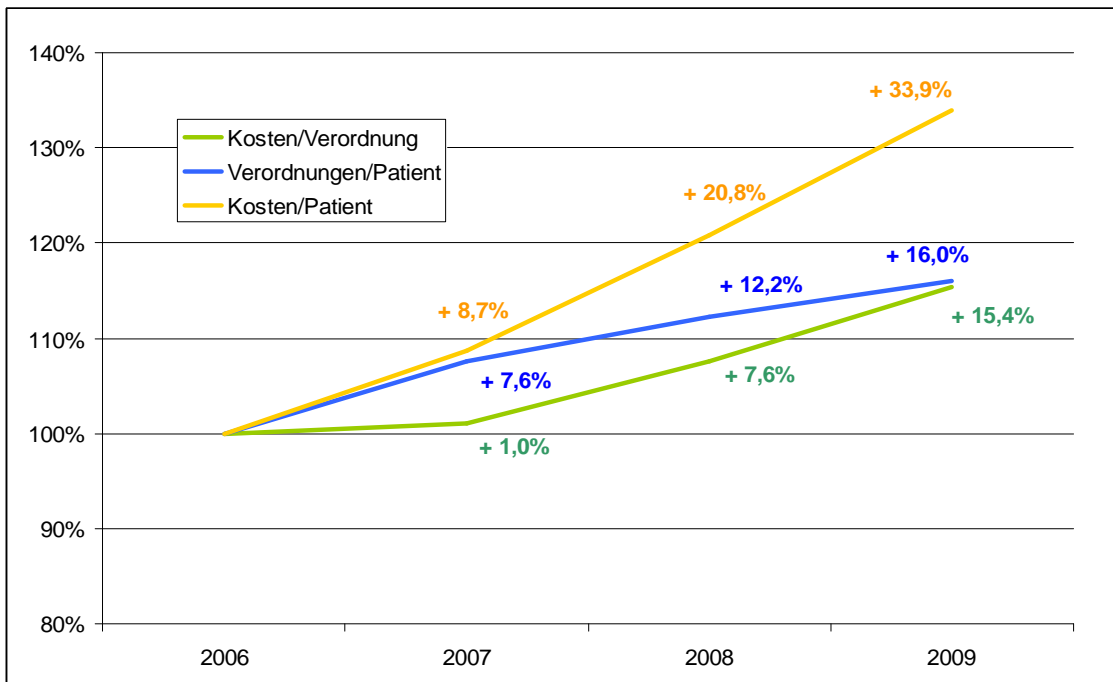
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 6: Antidementiva: Vergleich von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient, 2009

	Kosten pro Verordnung	Verordnungen pro Antidementiva-Patient	Kosten pro Antidementiva-Patient
VAEB	€ 34,51	6,87	€ 237,09
BVA	€ 31,35	6,54	€ 204,93
WGKK	€ 28,60	6,27	€ 179,39
NÖGKK	€ 29,70	6,76	€ 200,87
BGKK	€ 39,07	6,91	€ 269,95
OÖGKK	€ 37,21	5,96	€ 221,71
STGKK	€ 31,44	6,61	€ 207,75
KGKK	€ 28,78	6,21	€ 178,77
SGKK	€ 27,45	6,43	€ 176,49
TGKK	€ 33,91	5,87	€ 199,07
VGKK	€ 30,90	5,43	€ 167,90
SVA	€ 33,01	6,48	€ 214,00
SVB	€ 34,46	7,01	€ 241,54
Österreich	€ 31,60	6,45	€ 203,85

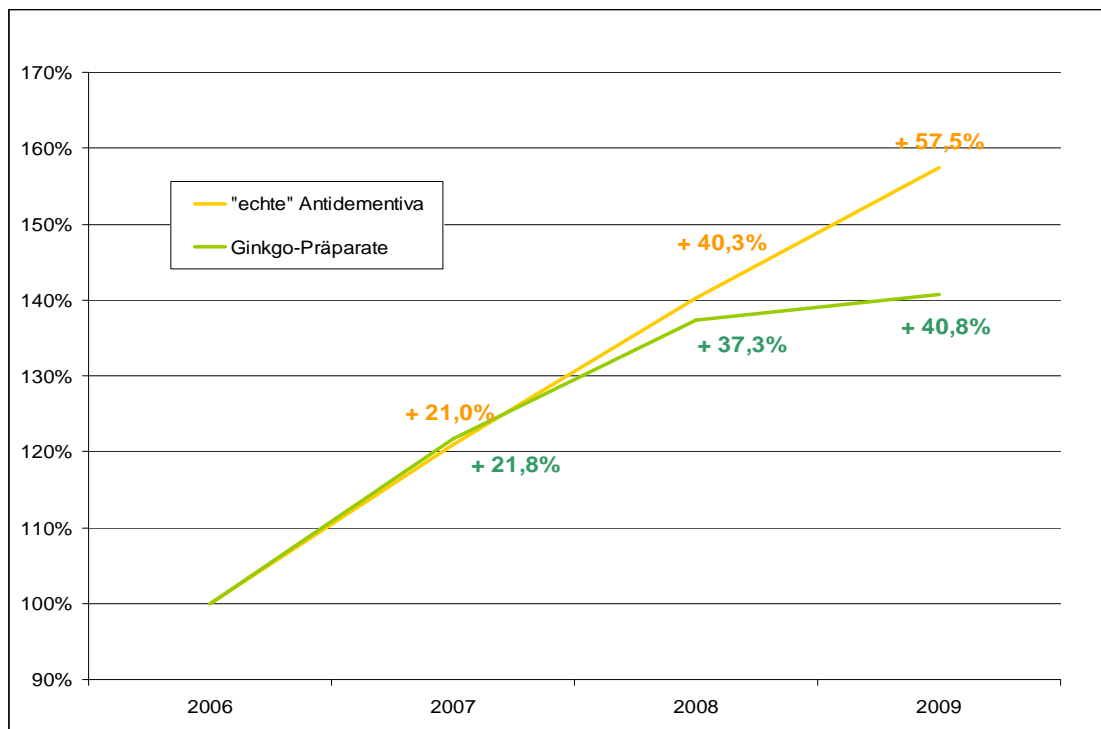
Quelle: LEICON (2010)

Abb. 20: Antidementiva: Veränderungen von Kosten pro Verordnung, Verordnungen pro Patient und Kosten pro Patient im Zeitverlauf, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100 %)



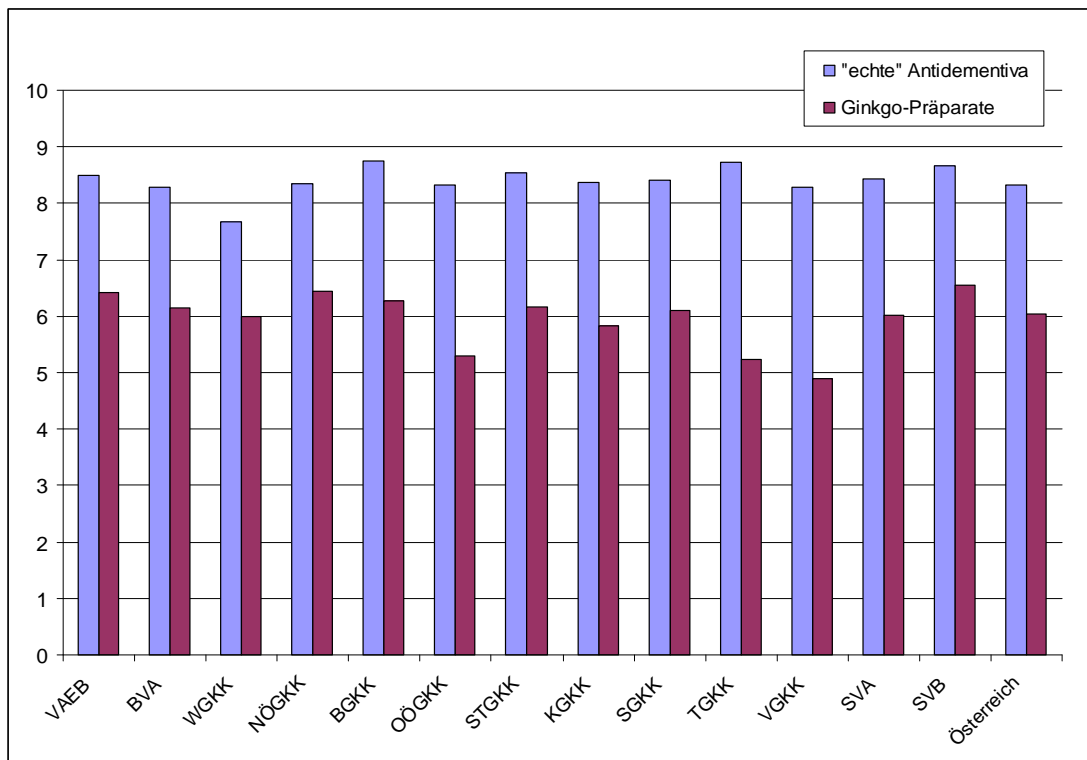
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 20a: Zunahme der Verordnungen von „echten“ Antidementiva und Ginkgo-Präparaten im Zeitverlauf, alle Träger, 2006 – 2009 (2006 = 100%)



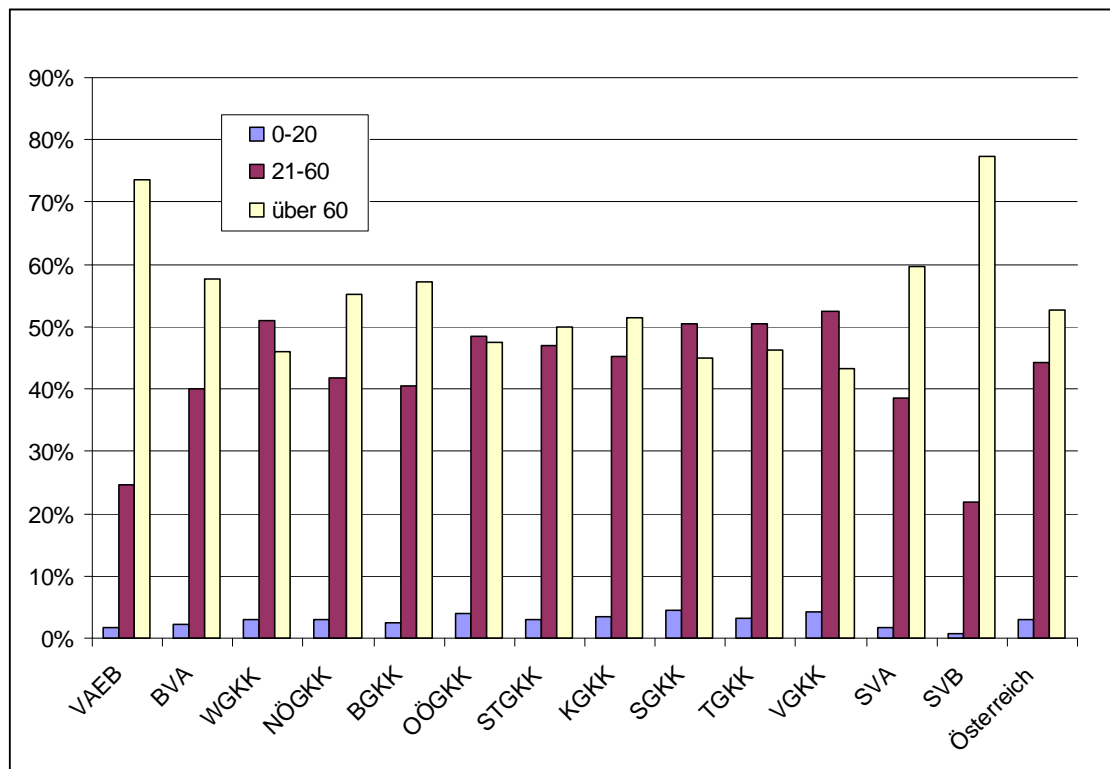
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 20b: Verordnungen pro Patient bei „echten“ Antidementiva und Ginkgo-Präparaten, 2009



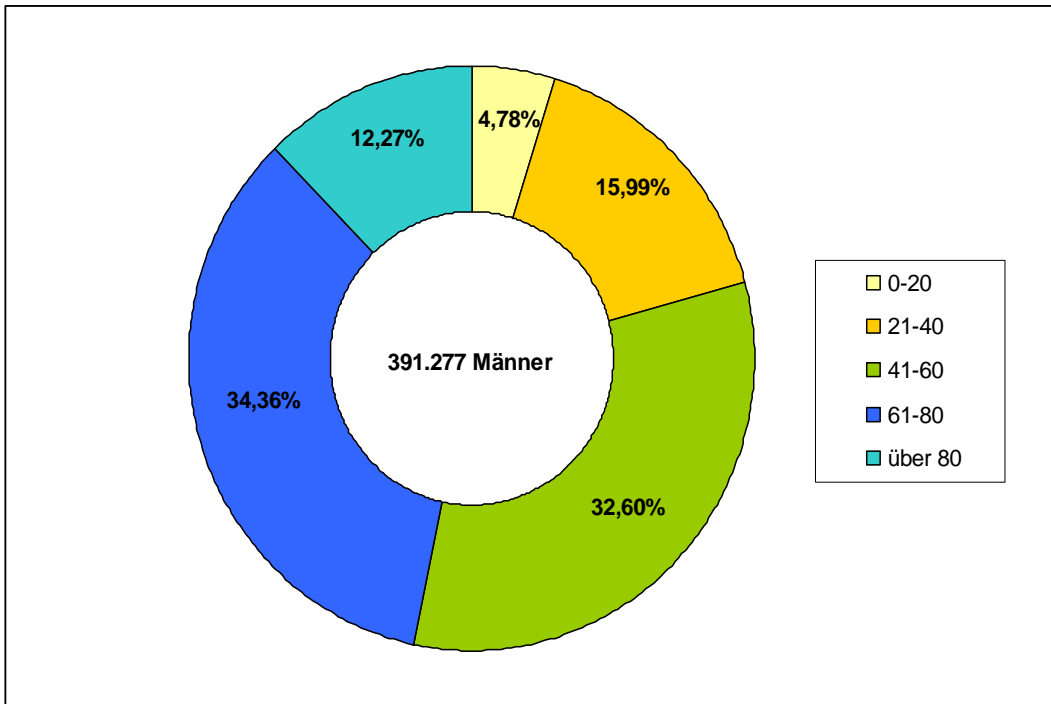
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 21: Anteile der Altersgruppen an der jeweiligen Gesamtprävalenz pro Träger, 2009



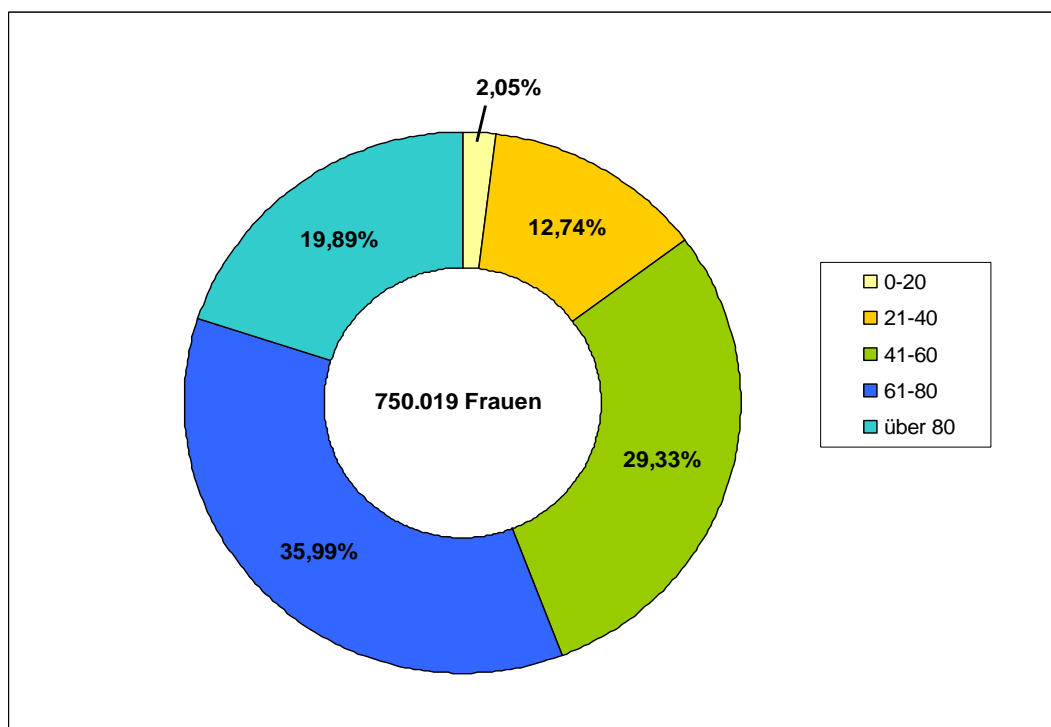
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 22: Anteile der jeweiligen Altersgruppen bei Männern mit psychischen Erkrankungen (Medikamente, stationärer Aufenthalt, Arbeitsunfähigkeit), 2009



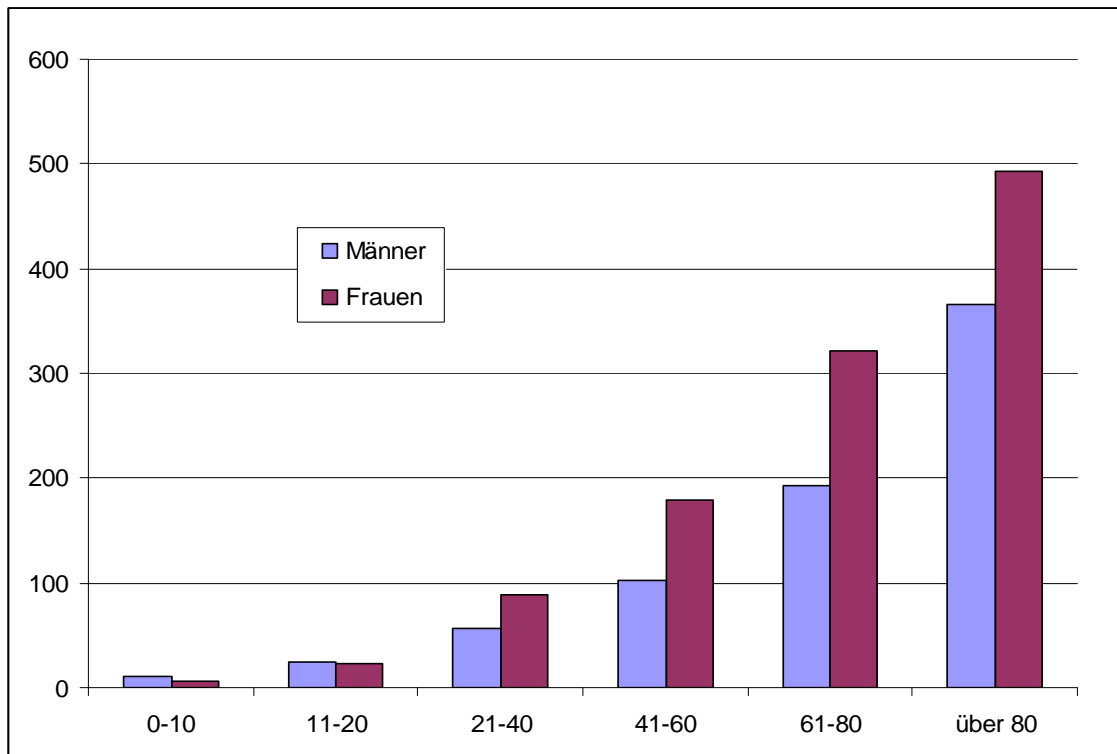
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 23: Anteile der jeweiligen Altersgruppen bei Frauen mit psychischen Erkrankungen (Medikamente, stationärer Aufenthalt, Arbeitsunfähigkeit), 2009



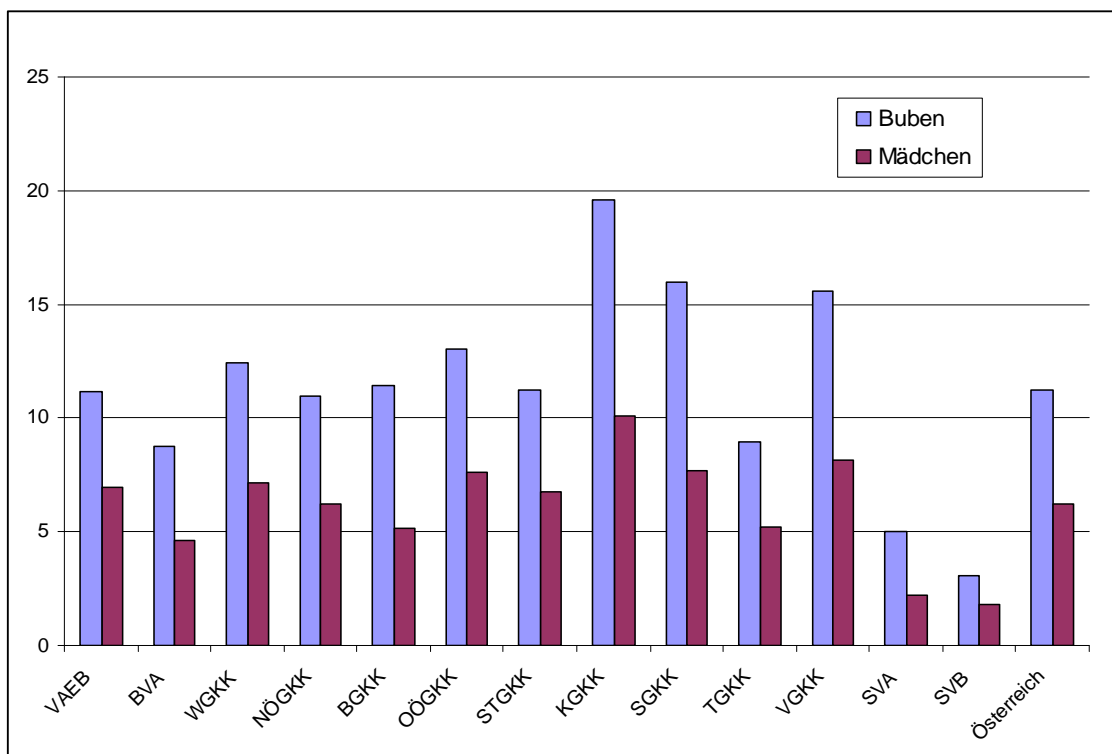
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 24: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in den jeweiligen Altersgruppen, alle Träger, 2009



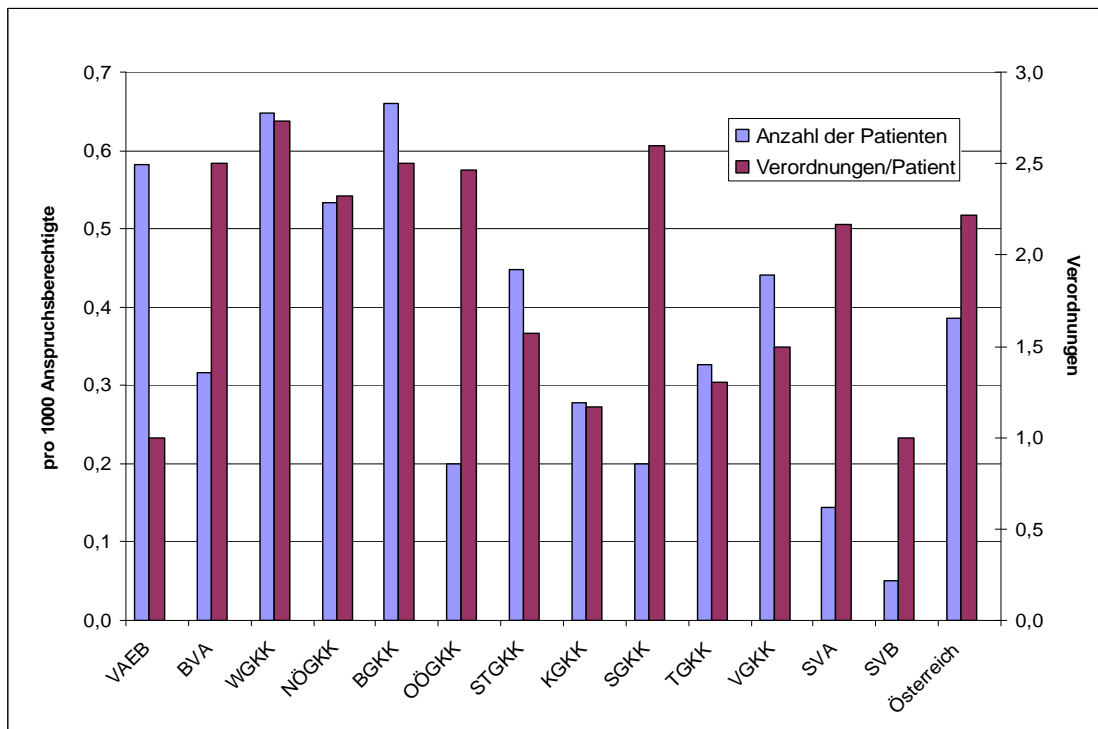
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 25: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der 0 bis 10-jährigen, Buben und Mädchen, 2009



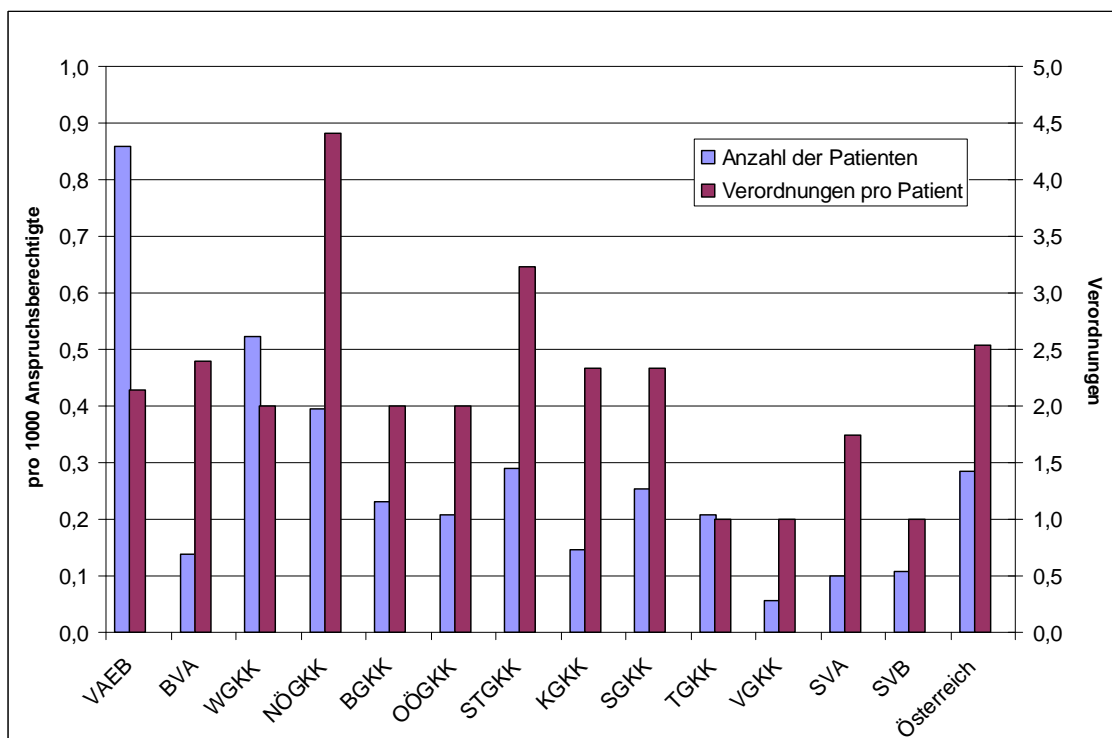
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 26: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Antidepressiva: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patient, 2009



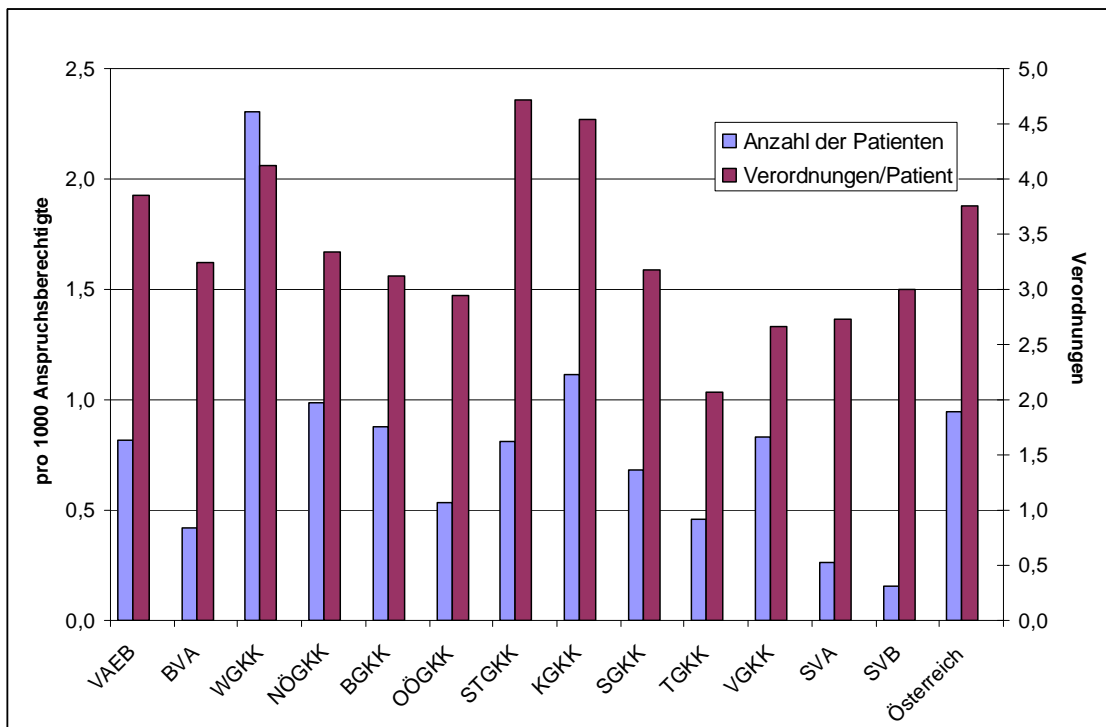
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 27: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Antidepressiva: Patientinnen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patientin, 2009



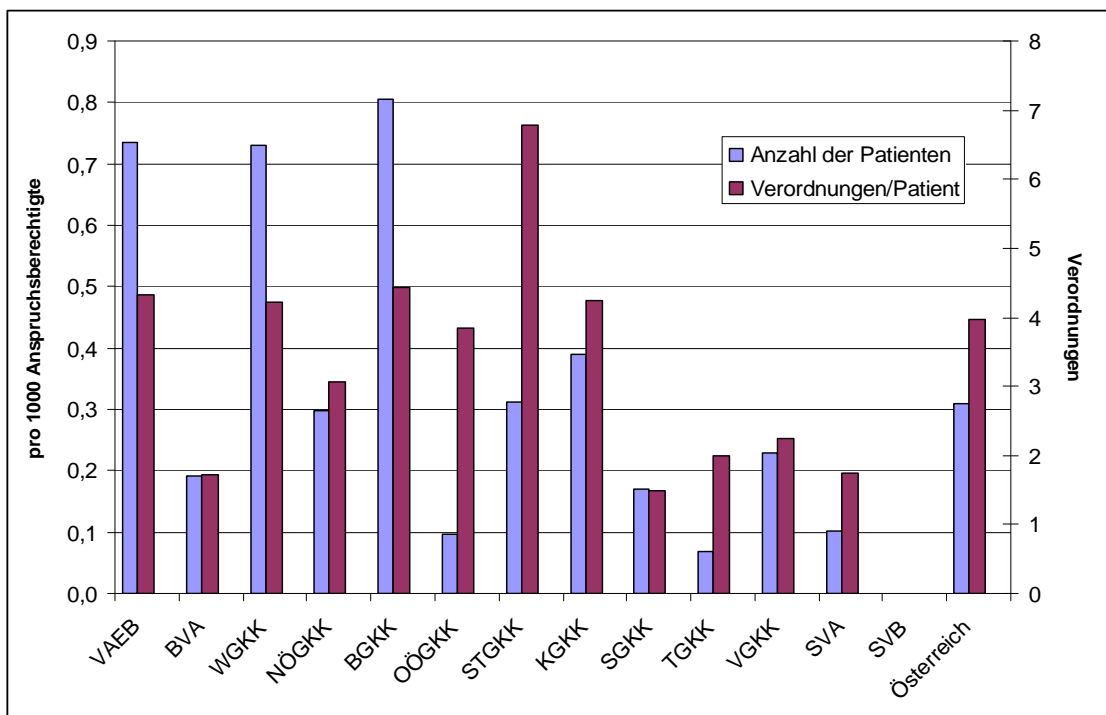
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 28: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Antipsychotika: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patient, 2009



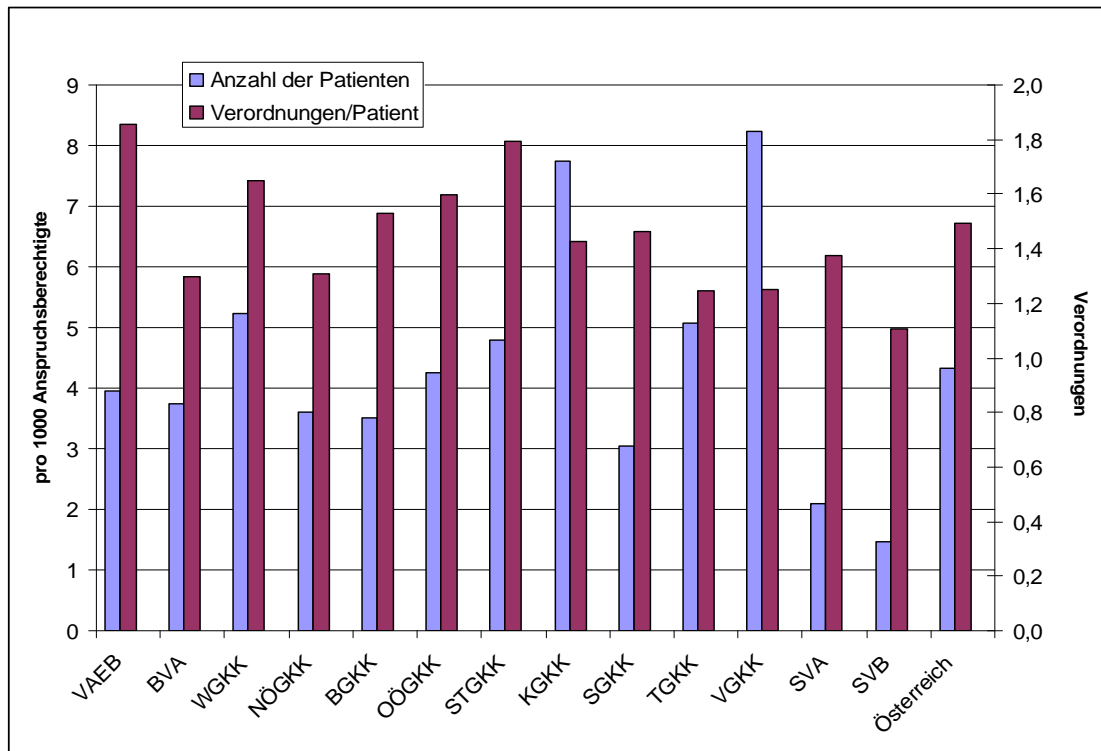
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 29: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Antipsychotika: Patientinnen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patientin, 2009



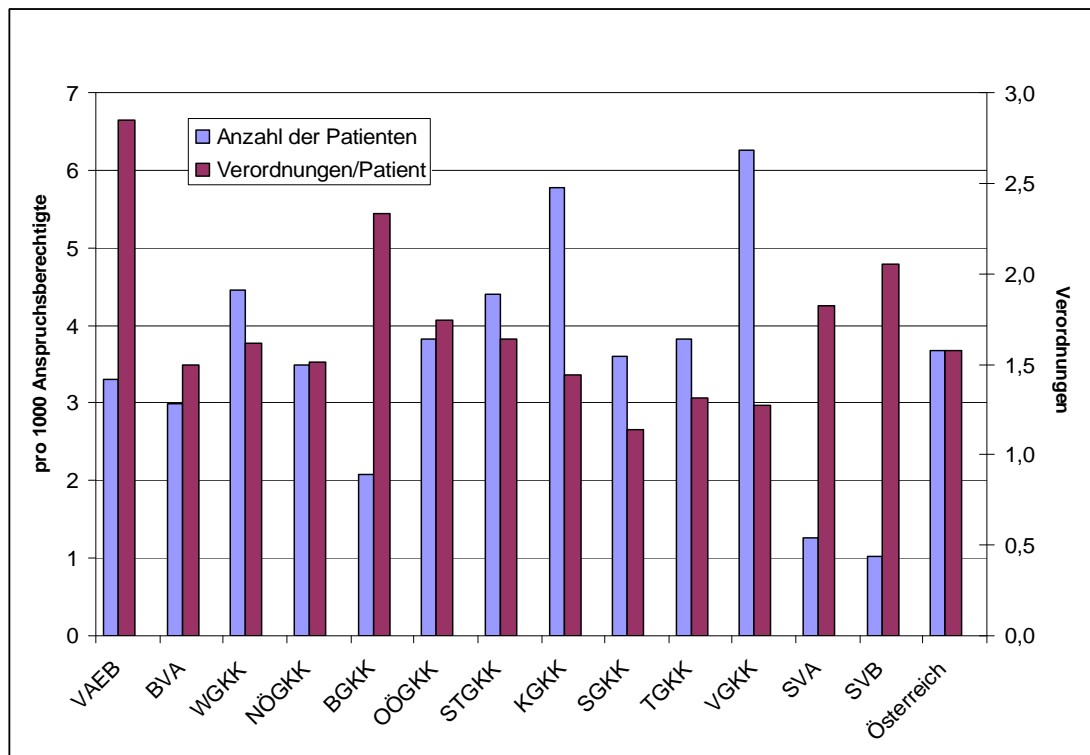
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 30: Buben im Alter von 0-10 Jahren, Tranquilizer: Patienten pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patient, 2009



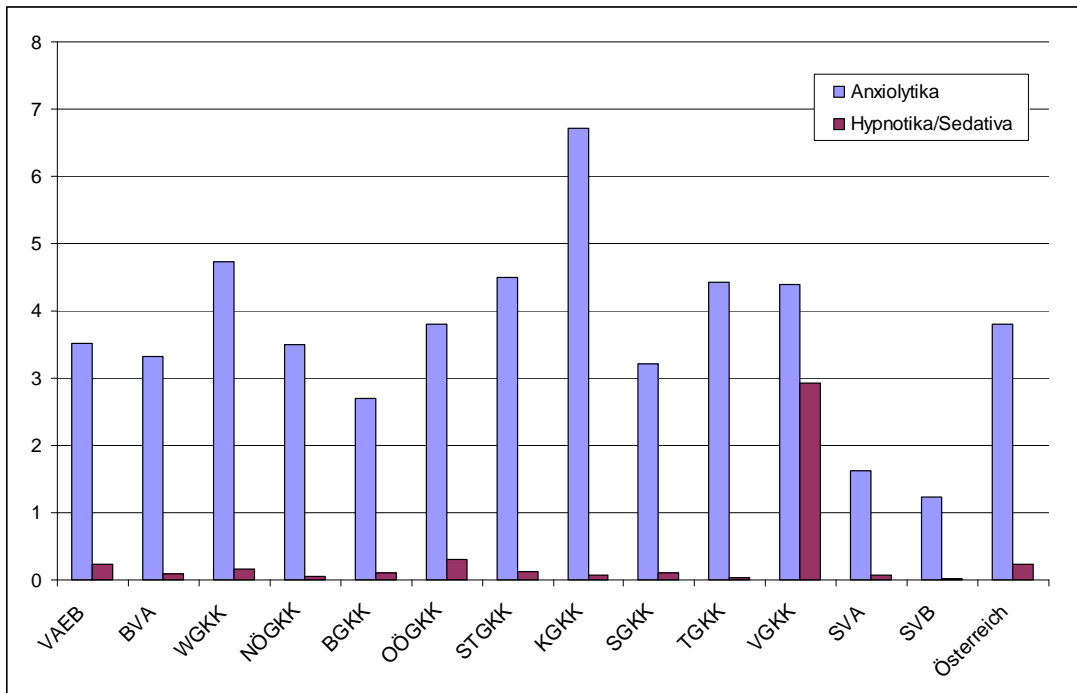
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 31: Mädchen im Alter von 0-10 Jahren, Tranquilizer: Patientinnen pro 1000 Anspruchsberechtigte und Verordnungen pro Patientin, 2009



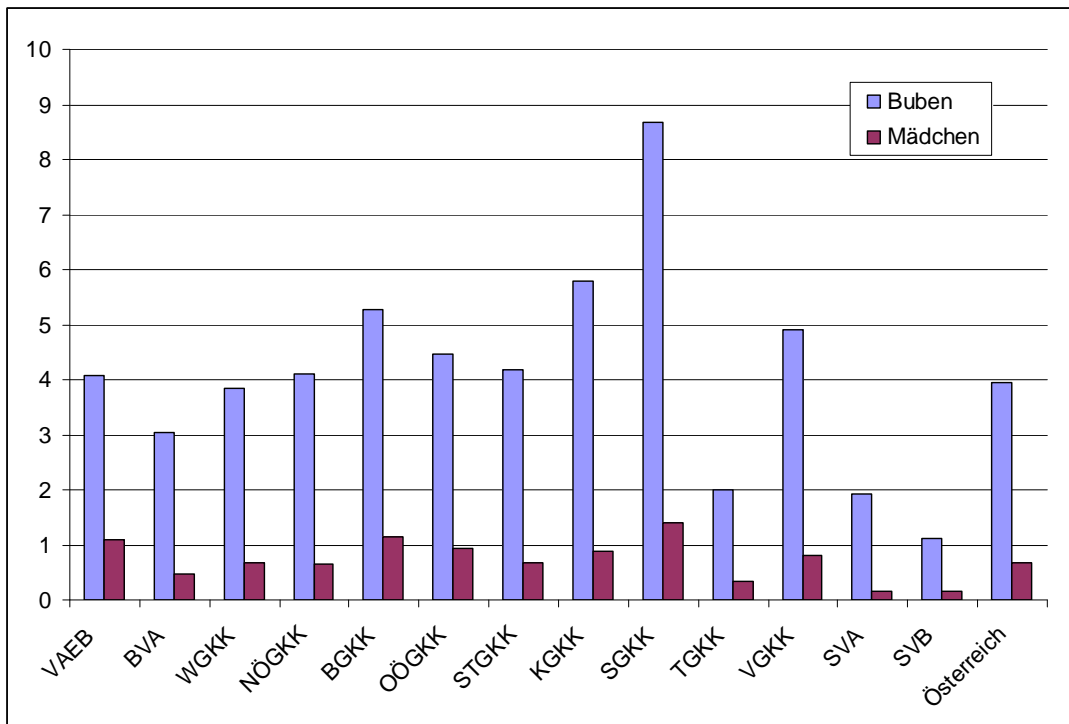
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 31a: Anzahl der Buben und Mädchen in der Gruppe der 0-10jährigen, die Anxiolytika bzw. Hypnotika/Sedativa erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009



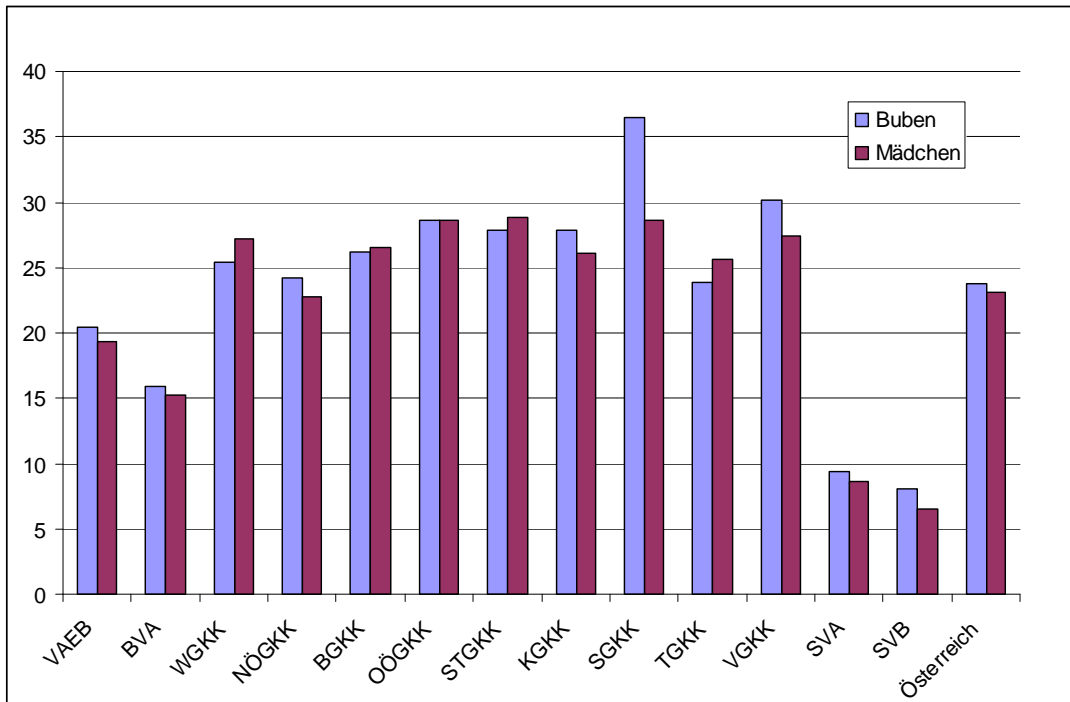
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 31b: Anzahl der Buben und Mädchen in der Gruppe der 0-10jährigen, die Stimulanzen erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009



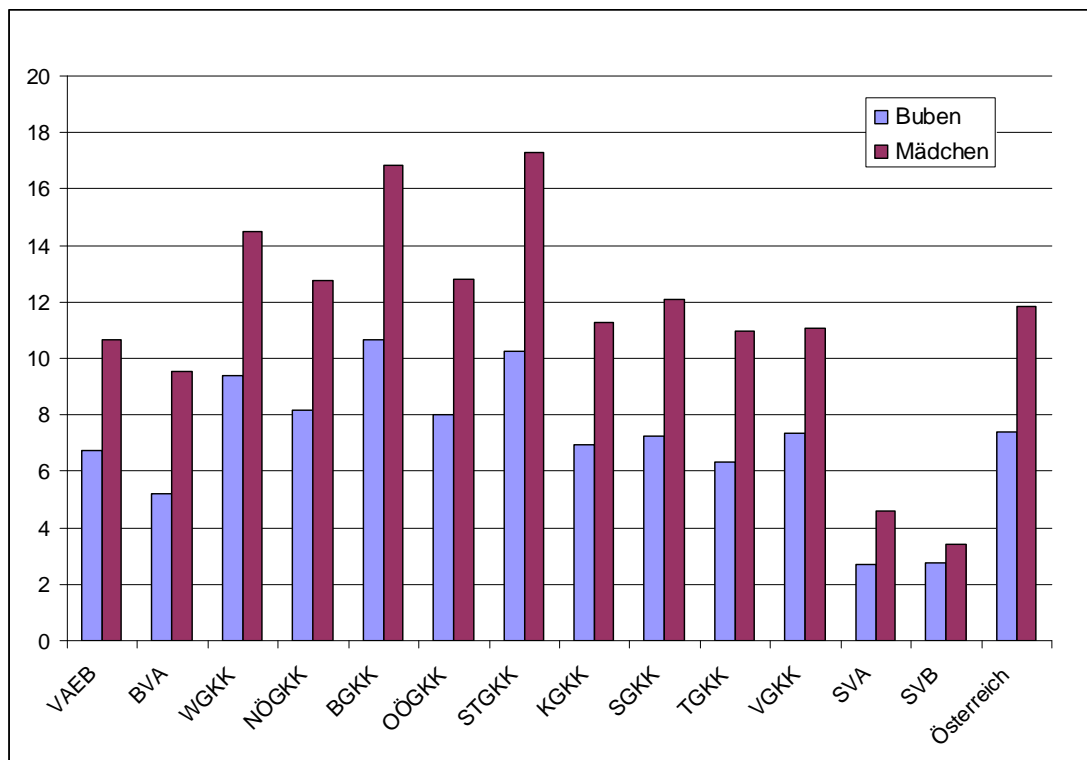
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 32: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



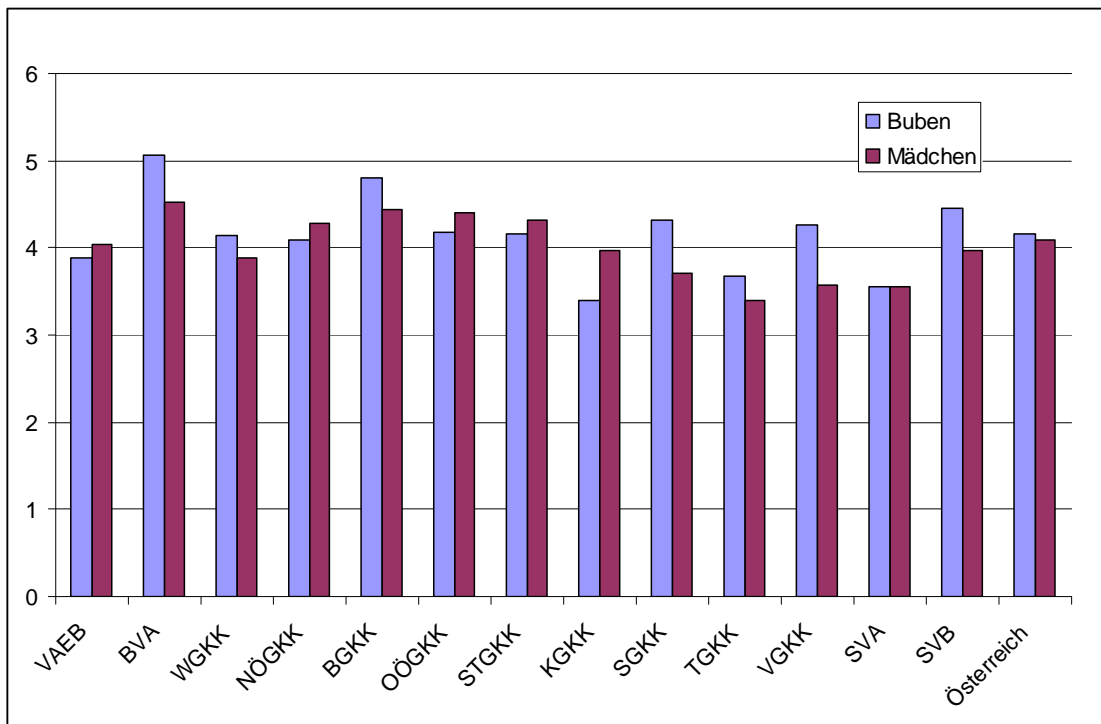
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 33: Antidepressiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



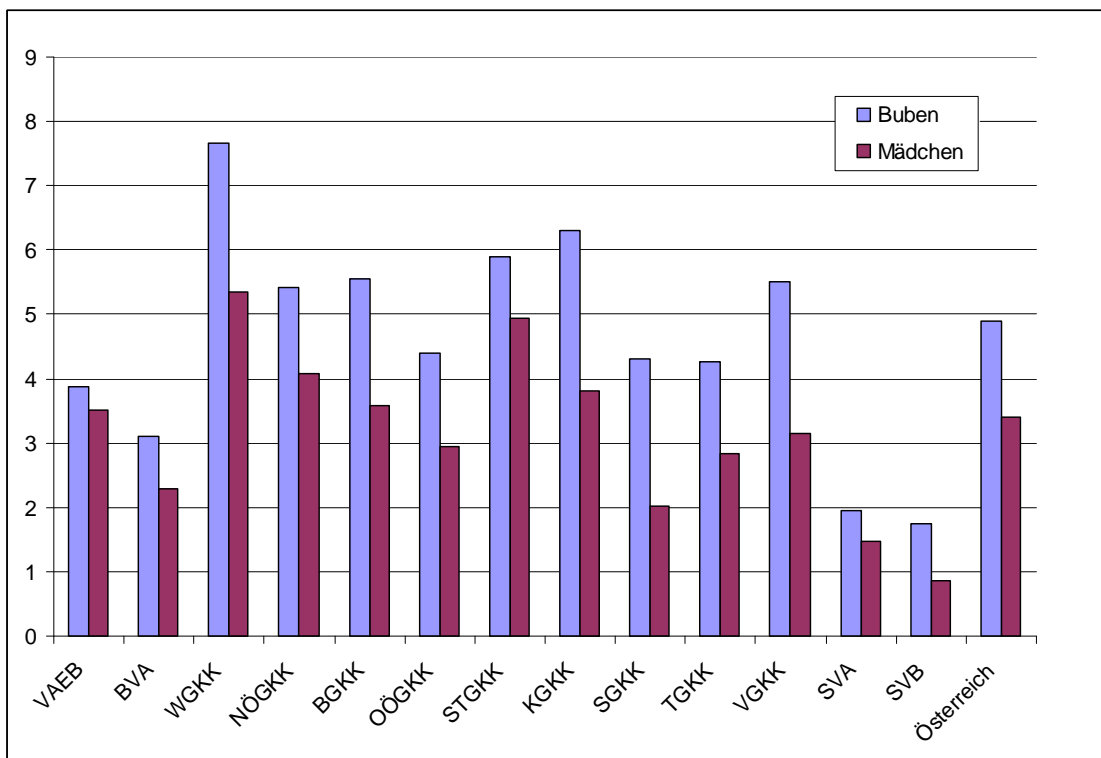
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 34: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



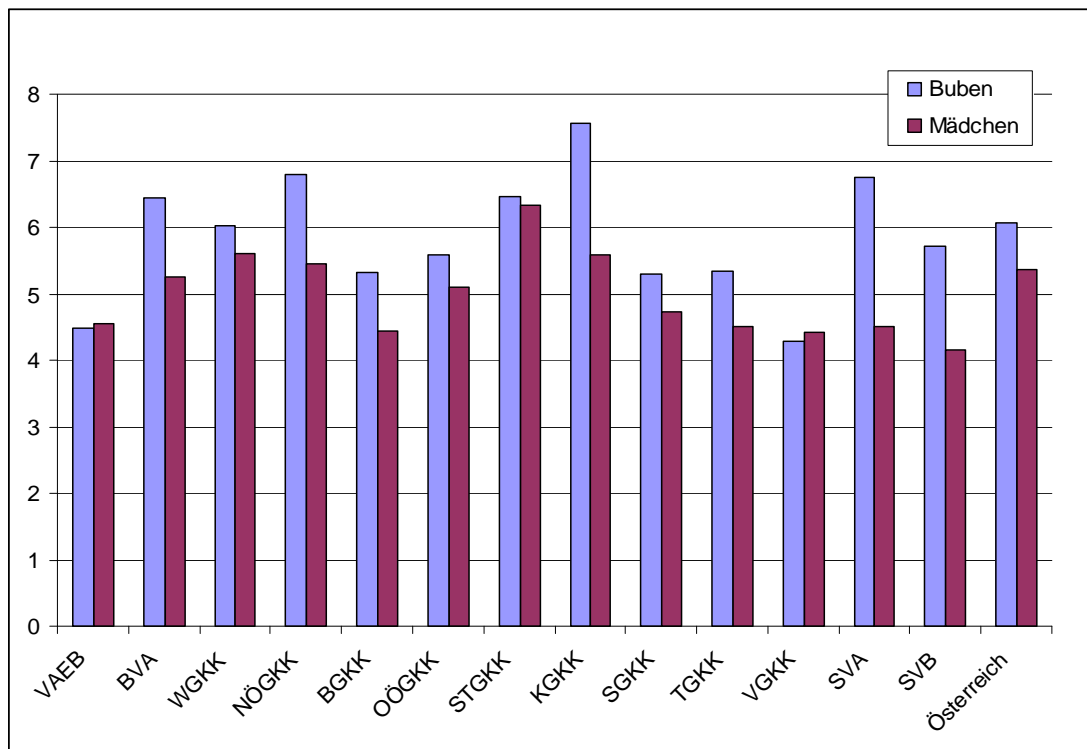
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 35: Antipsychotika: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



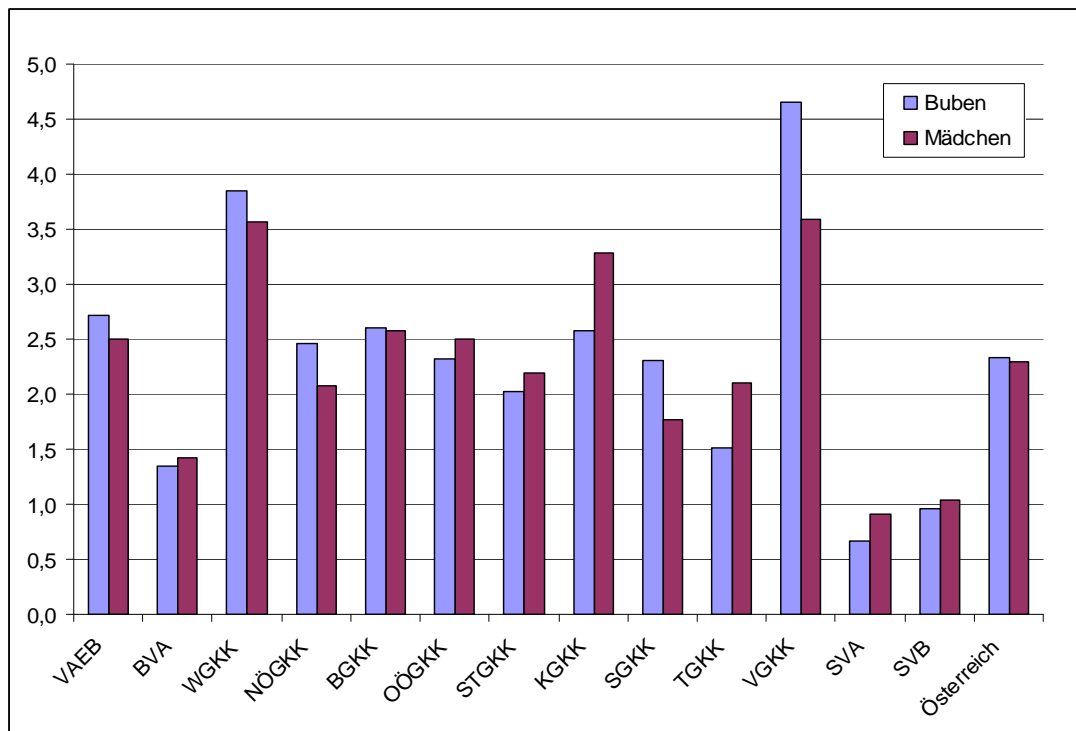
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 36: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



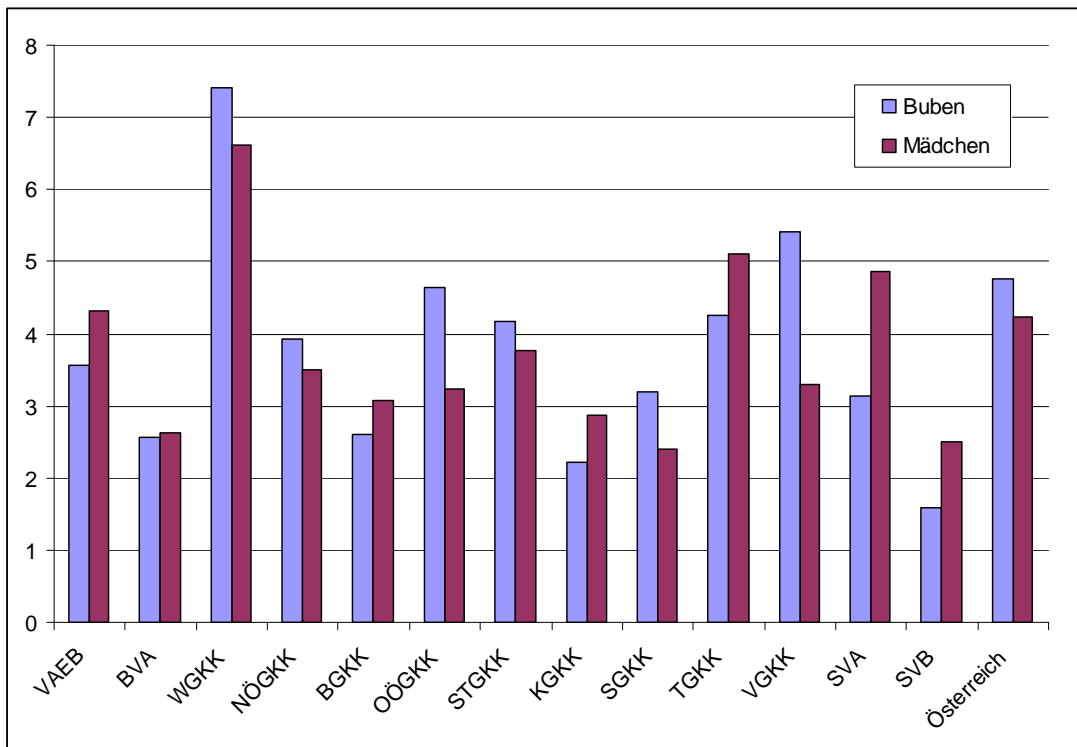
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 37: Tranquilizer: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



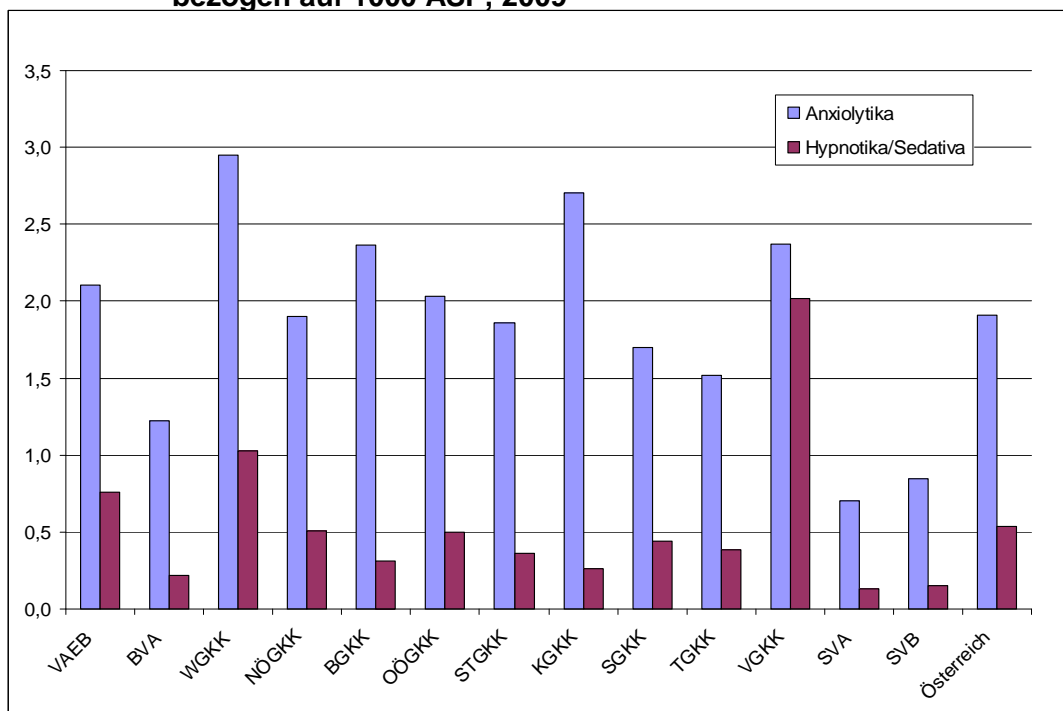
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 38: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in der Altersgruppe der 11 bis 20-jährigen, männlich und weiblich, 2009



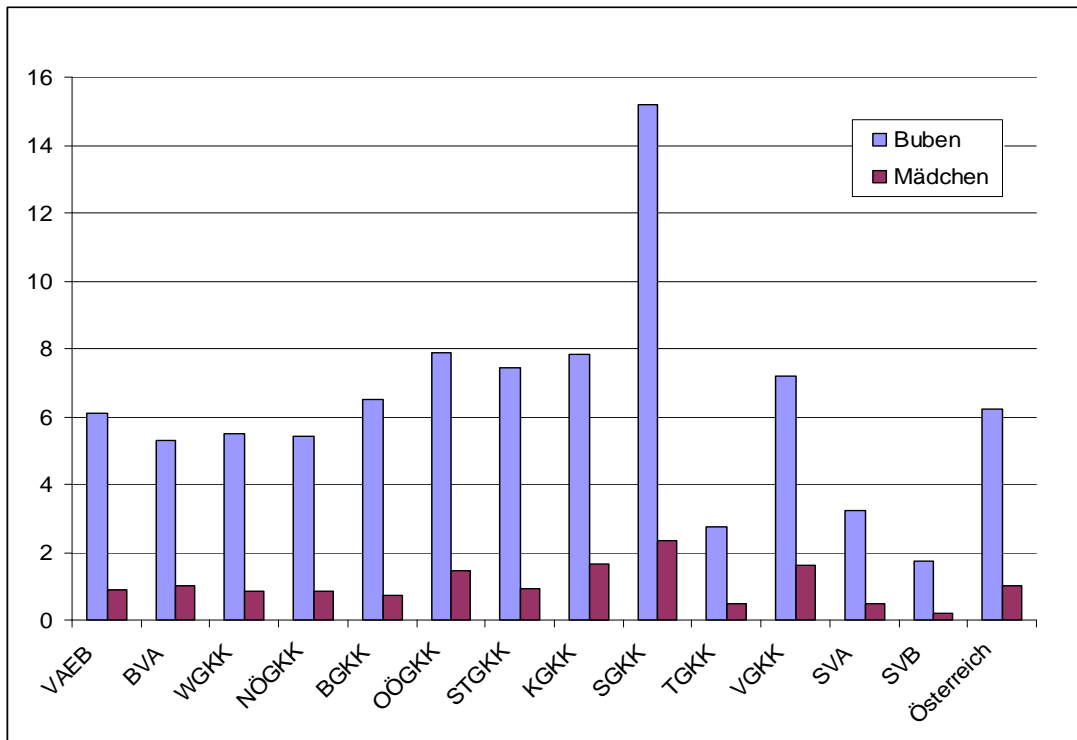
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 38a: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten in der Gruppe der 11-20-jährigen, die Anxiolytika bzw. Hypnotika/Sedativa erhalten, bezogen auf 1000 ASP, 2009



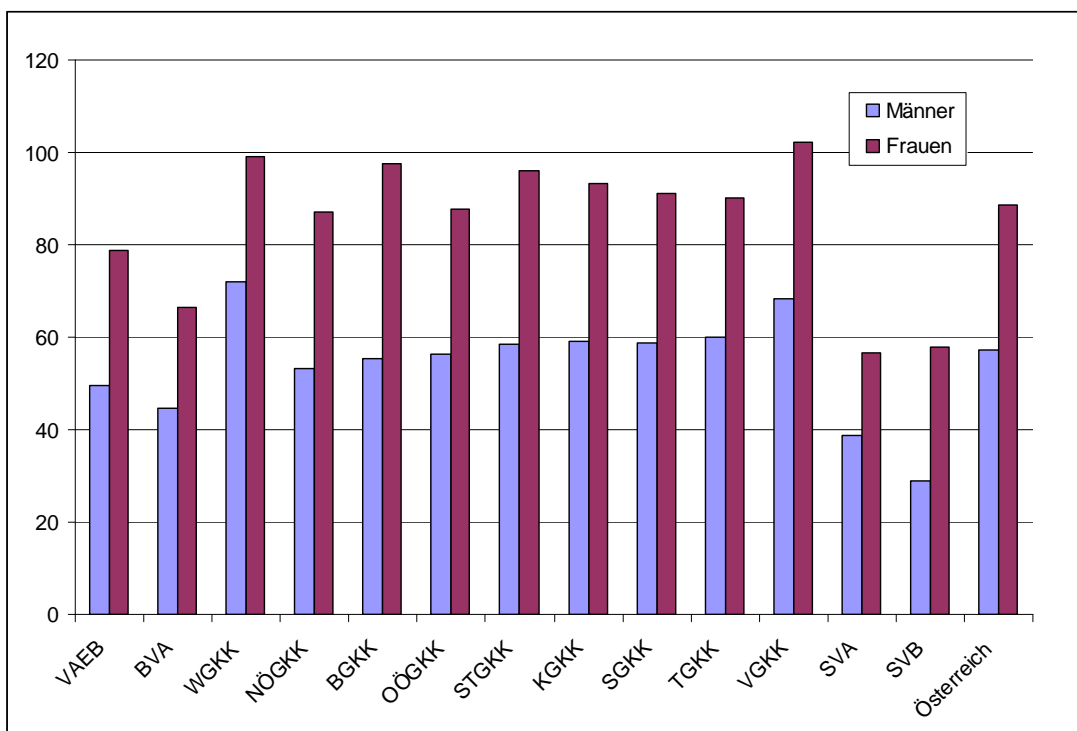
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 38b: Anzahl der männlichen und weiblichen Patienten in der Gruppe der 11-20jährigen, die Stimulanzen erhalten, bezogen auf 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



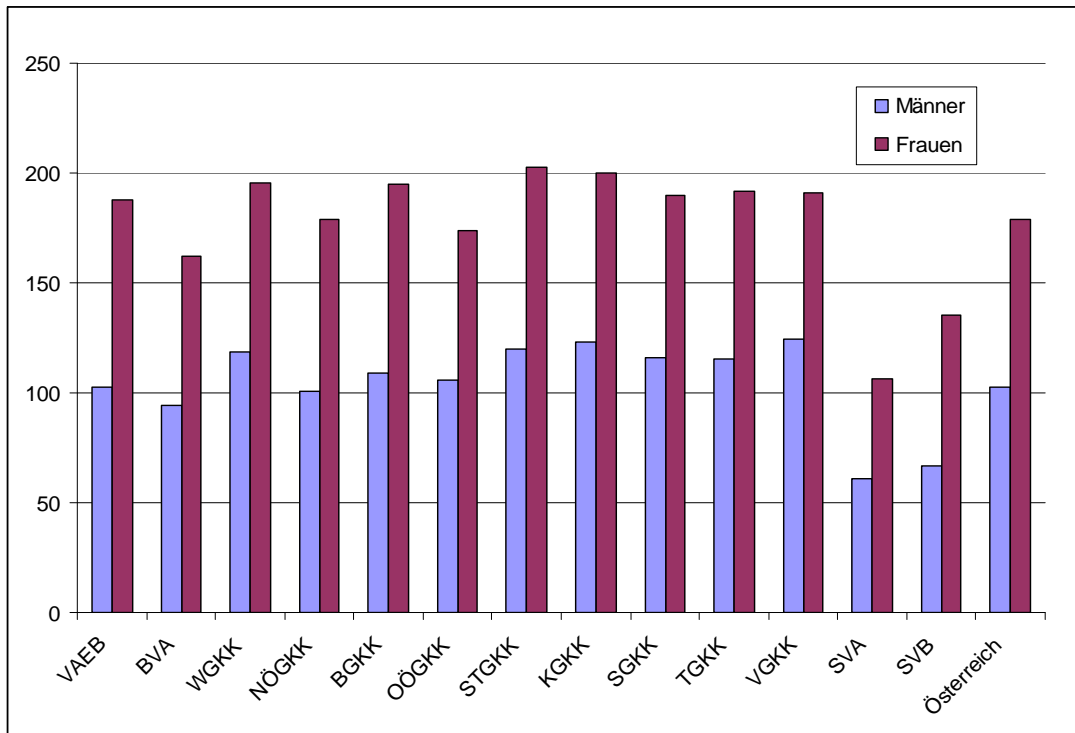
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 39: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der 21 bis 40-jährigen, Männer und Frauen, 2009



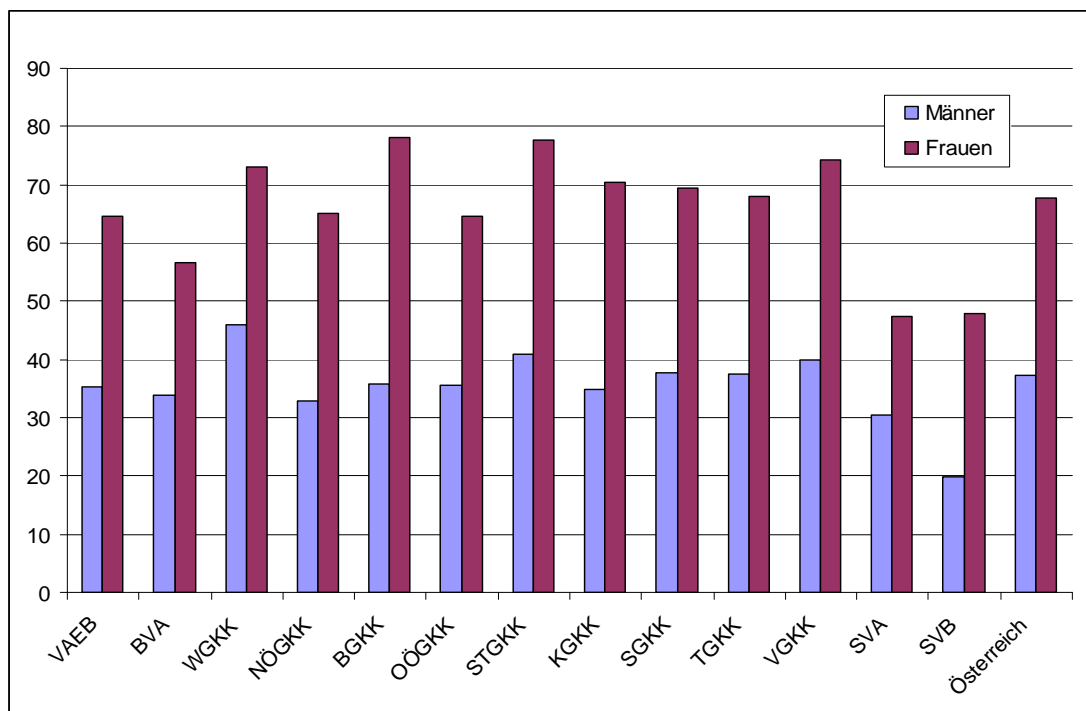
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 40: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der 41 bis 60-jährigen, Männer und Frauen, 2009



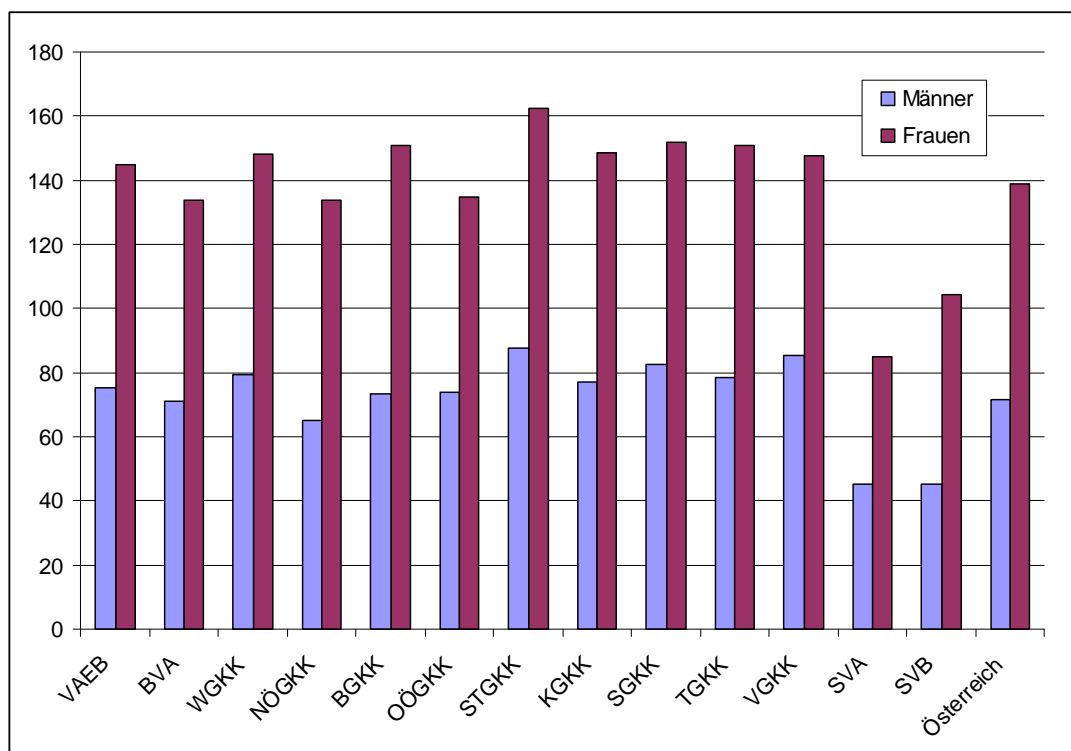
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 41: Antidepressiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 21 bis 40-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 42: Antidepressiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen, Männer und Frauen, 2009



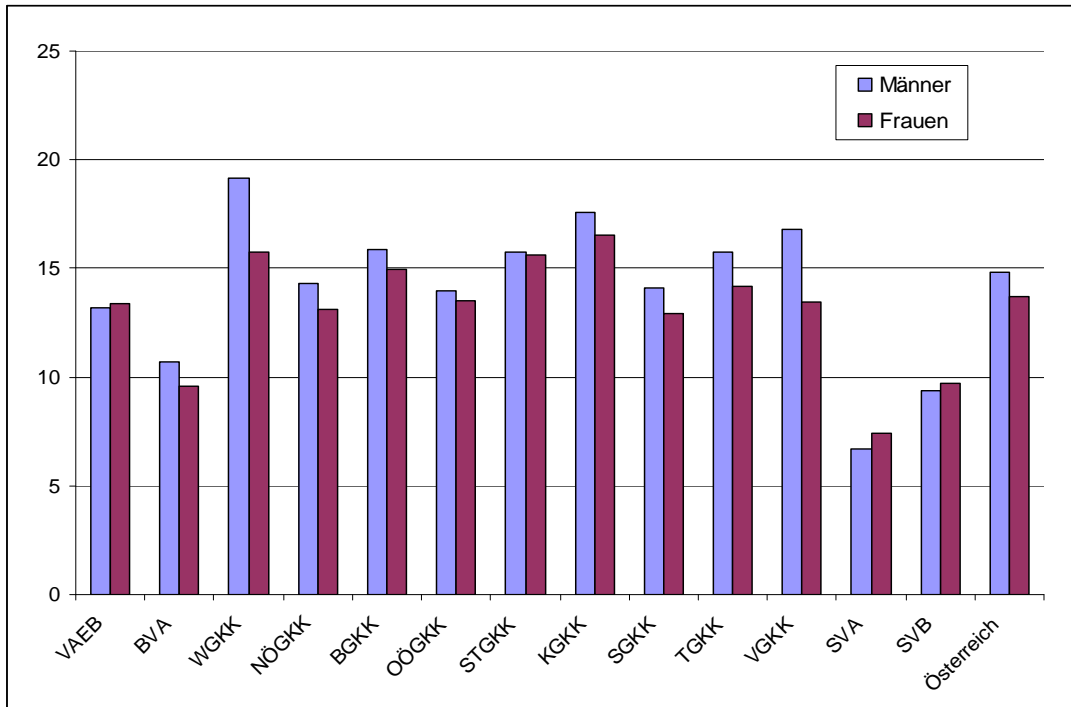
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 7: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21 bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 21-40		Altersgruppe 41-60	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	5,74	5,68	6,69	7,07
BVA	6,36	5,81	6,73	6,90
WGKK	5,83	5,68	6,55	6,81
NÖGKK	5,75	5,77	6,96	7,15
BGKK	5,94	5,98	6,92	7,23
OÖGKK	5,86	5,83	6,76	7,07
StGKK	5,96	5,99	6,78	7,05
KGKK	5,58	5,77	6,70	6,93
SGKK	5,58	5,66	6,70	7,15
TGKK	5,93	5,96	7,39	7,55
VGKK	5,80	6,08	6,83	7,37
SVA	5,41	4,95	6,04	6,07
SVB	6,56	6,38	7,49	7,24
Österreich	5,83	5,79	6,75	7,03

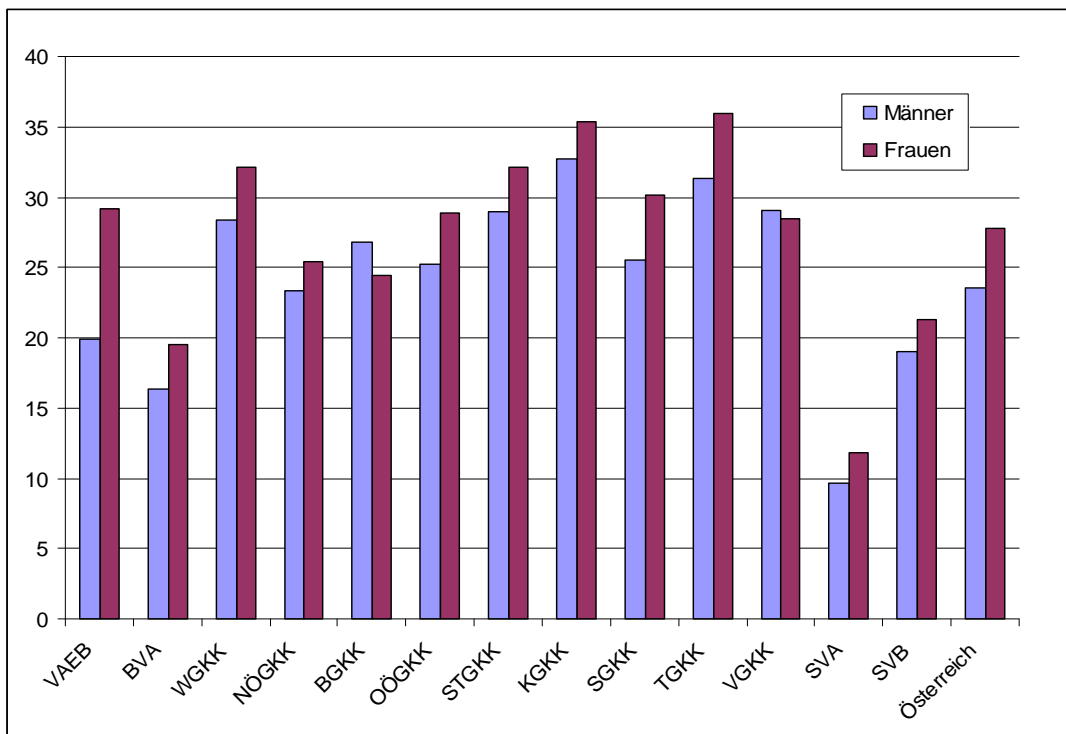
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 43: Antipsychotika: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 21 bis 40-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 44: Antipsychotika: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen, Männer und Frauen, 2009



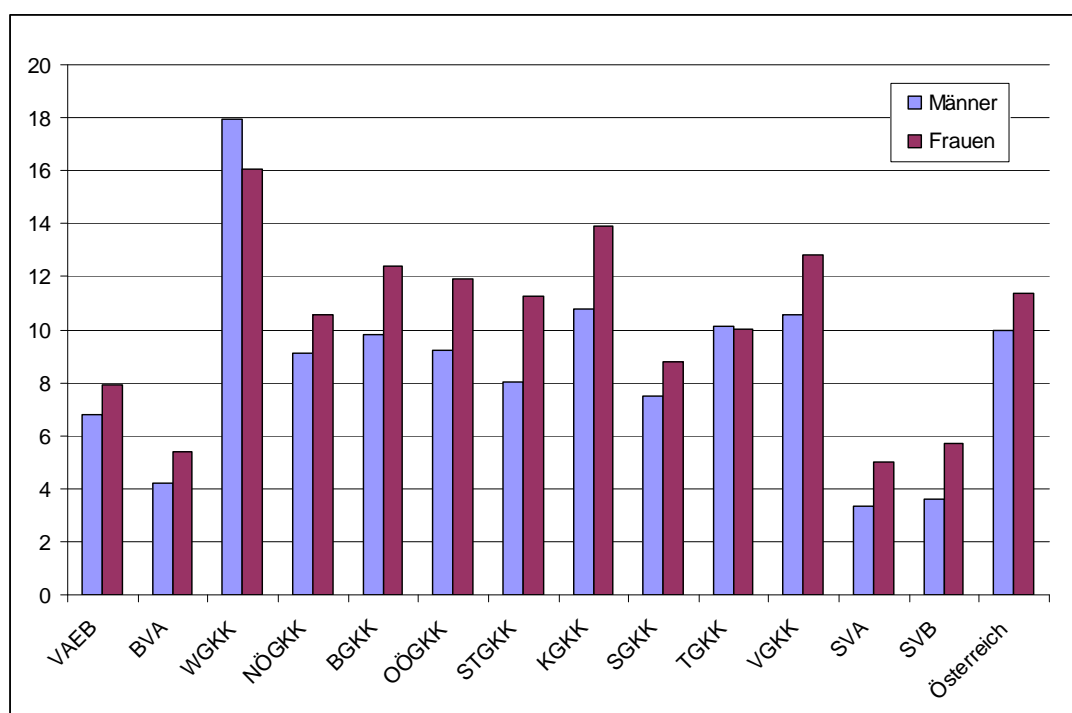
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 8: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21 bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 21-40		Altersgruppe 41-60	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	12,12	8,61	9,79	10,36
BVA	8,72	7,70	8,69	8,57
WGKK	10,01	8,39	10,54	9,56
NÖGKK	10,54	9,15	12,33	10,69
BGKK	11,32	9,20	12,11	10,18
OÖGKK	9,92	8,46	10,77	10,05
StGKK	10,52	9,04	10,73	9,79
KGKK	10,40	9,74	13,08	11,66
SGKK	10,02	8,27	9,38	9,36
TGKK	9,60	7,68	9,97	9,18
VGKK	11,11	9,98	11,03	10,46
SVA	7,36	6,28	7,70	7,83
SVB	12,99	10,86	13,39	10,83
Österreich	10,15	8,62	10,74	9,88

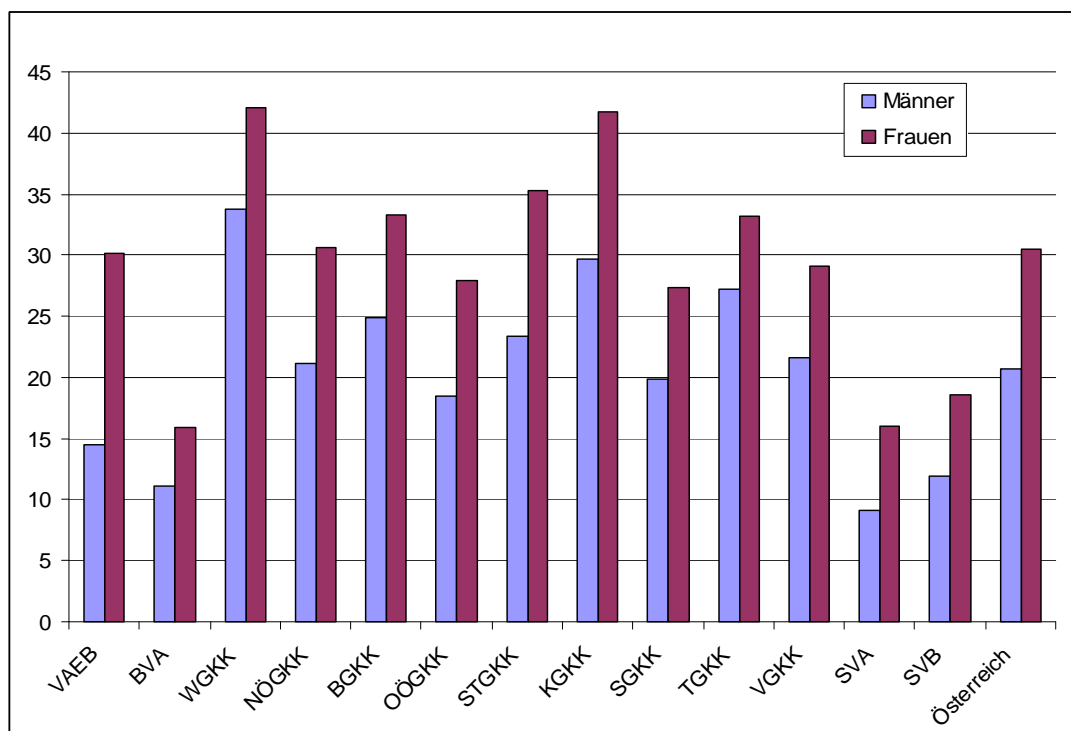
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 45: Tranquilizer: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 21 bis 40-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 46: Tranquilizer: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen, Männer und Frauen, 2009



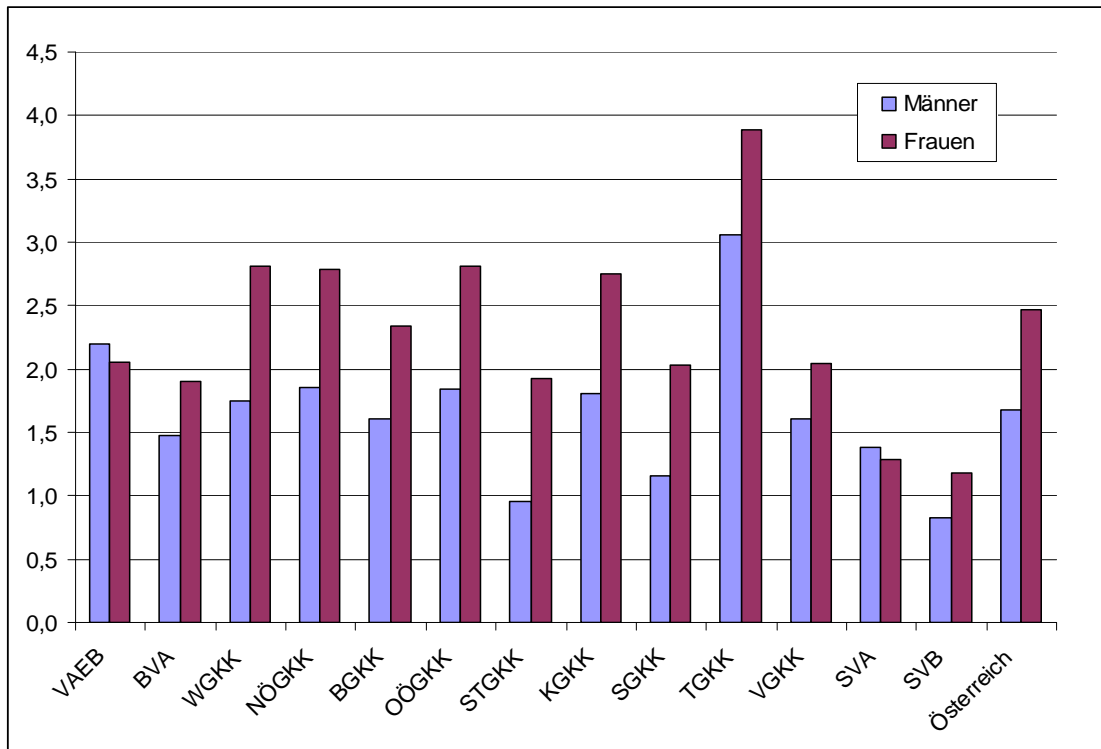
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 9: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 21 bis 40 Jahre und 41-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 21-40		Altersgruppe 41-60	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	10,02	7,21	9,56	7,54
BVA	6,79	3,97	5,75	5,34
WGKK	40,95	19,56	21,42	13,40
NÖGKK	19,59	8,16	10,82	9,18
BGKK	11,21	7,86	9,80	7,68
OÖGKK	10,57	6,46	10,25	7,30
StGKK	17,07	8,05	12,23	9,56
KGKK	11,06	8,40	11,58	9,47
SGKK	16,71	11,02	13,61	10,00
TGKK	31,69	15,44	18,40	12,56
VGKK	19,67	9,17	14,27	9,41
SVA	5,84	4,20	6,99	6,39
SVB	7,19	6,40	8,32	6,54
Österreich	24,78	11,77	13,91	9,91

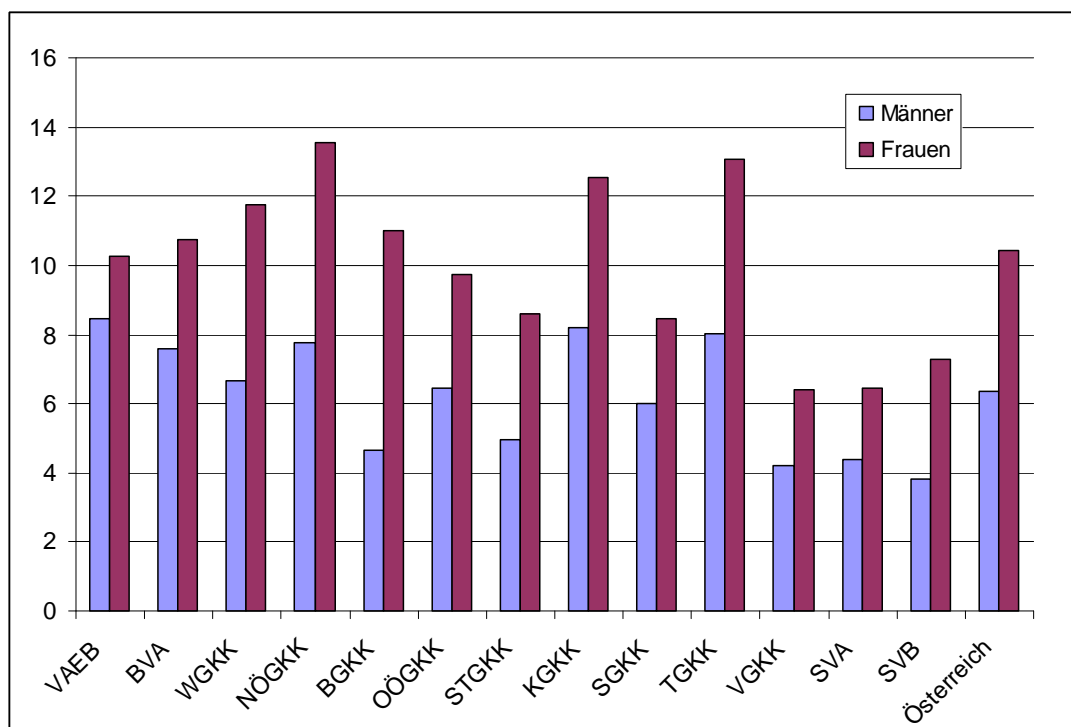
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 47: Antidementiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der bis 40-jährigen, Männer und Frauen, 2009



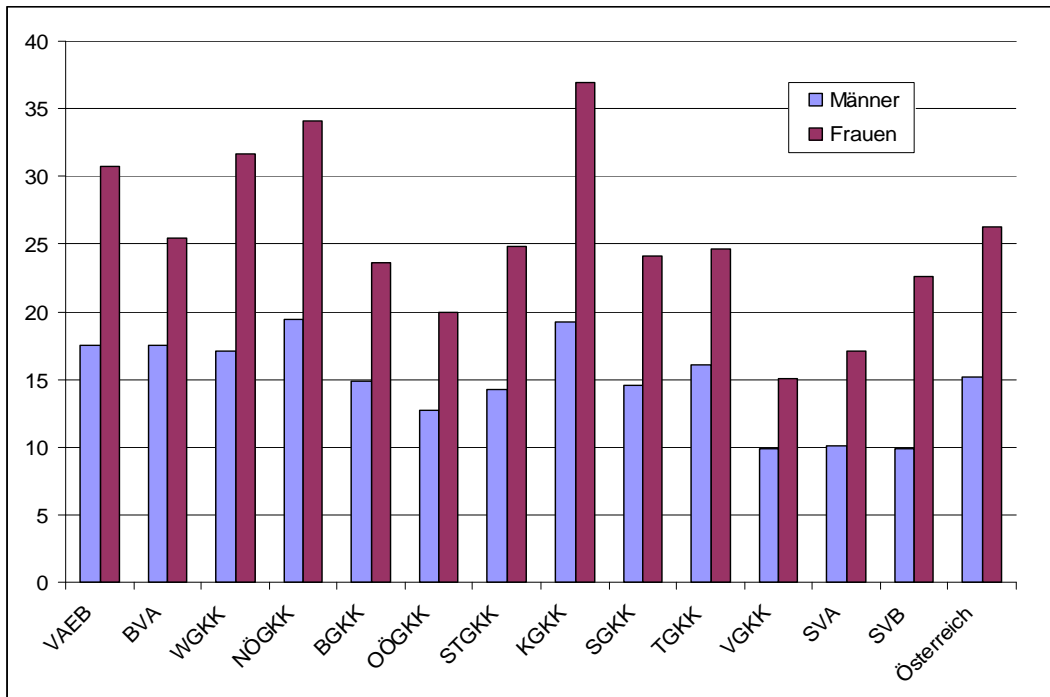
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 48: Antidementiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 41 bis 50-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 49: Antidementiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 51 bis 60-jährigen, Männer und Frauen, 2009



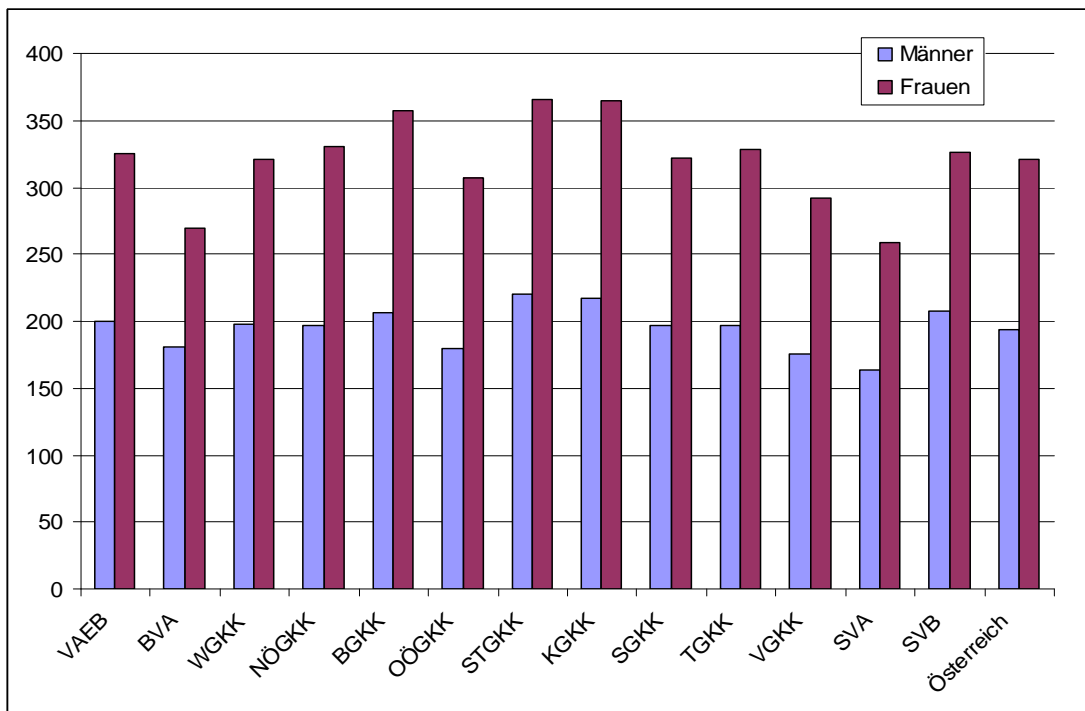
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 10: Antidementiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen bis 40 Jahre, 41-50 Jahre und 51-60 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe bis 40		Altersgruppe 41-50		Altersgruppe 51-60	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	1,42	1,94	2,43	3,52	4,05	4,00
BVA	1,88	1,66	2,44	2,43	3,78	3,90
WGKK	1,72	1,71	2,62	2,83	3,62	3,81
NÖGKK	1,79	1,69	2,55	2,92	4,26	4,43
BGKK	1,74	2,02	3,72	2,82	3,87	4,44
OÖGKK	1,56	1,51	2,20	2,38	3,46	3,47
StGKK	1,84	1,73	3,39	2,88	4,00	4,25
KGKK	1,77	1,88	2,66	2,96	3,88	3,98
SGKK	1,99	1,71	3,03	2,71	3,81	4,22
TGKK	1,51	1,66	2,10	2,37	3,69	3,73
VGKK	1,60	1,57	2,32	2,40	3,16	3,47
SVA	1,43	1,64	2,34	2,24	3,83	3,73
SVB	1,63	1,70	2,68	2,90	3,59	4,24
Österreich	1,68	1,68	2,55	2,70	3,82	3,99

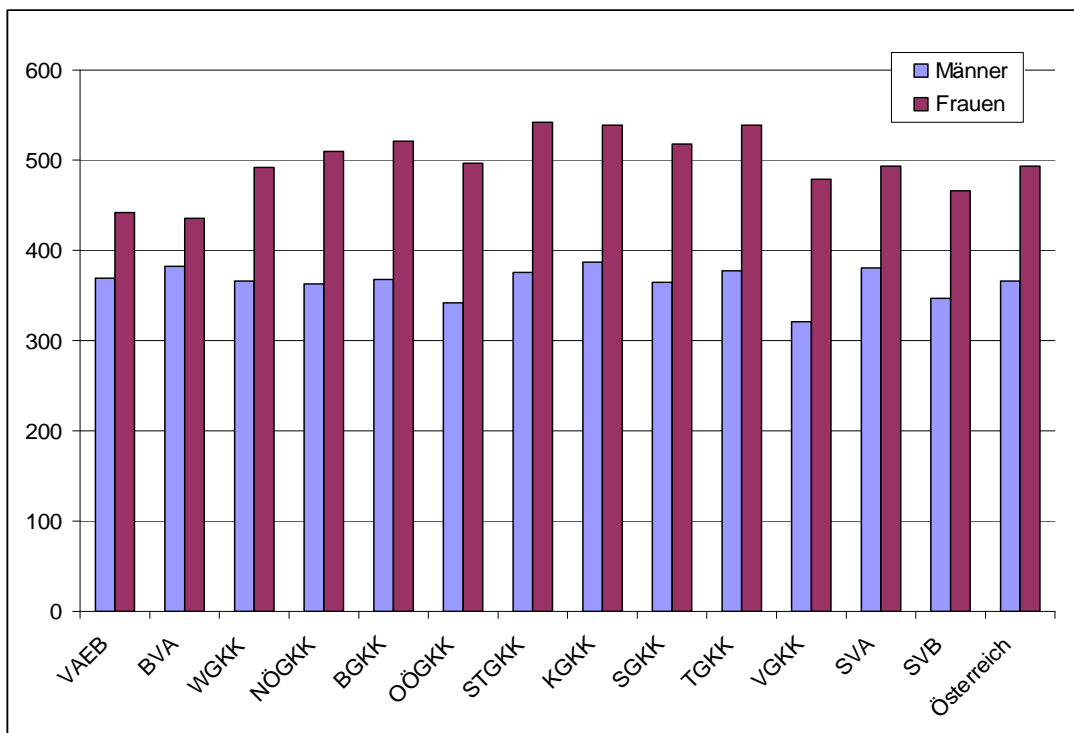
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 50: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der 61 bis 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



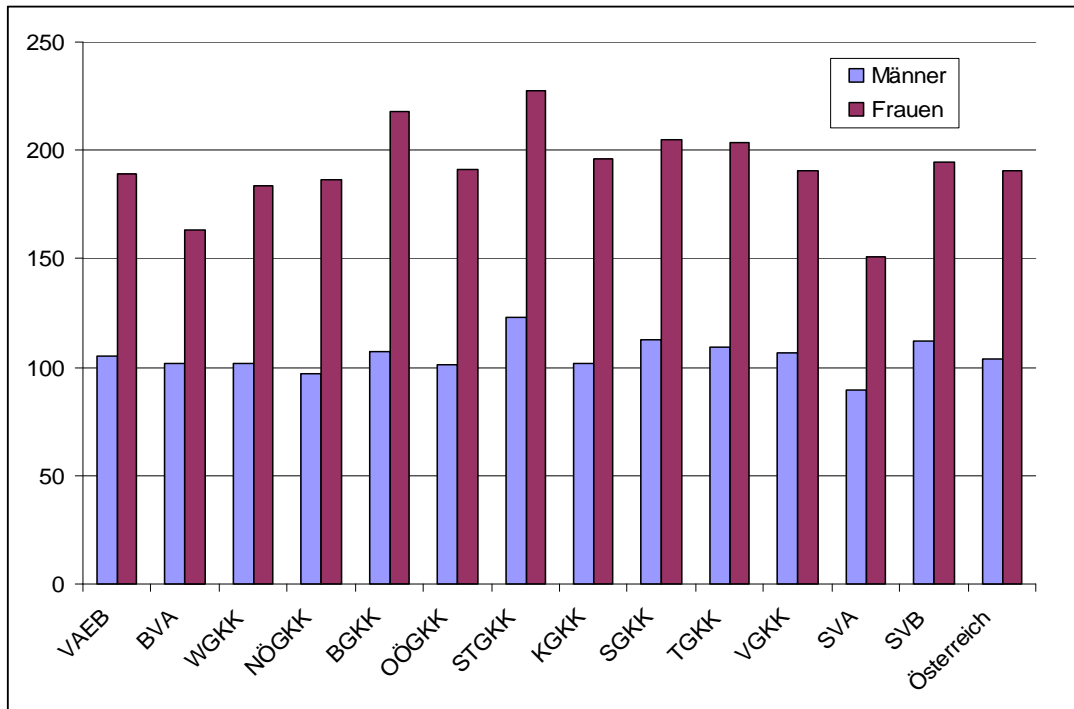
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 51: Prävalenz psychischer Erkrankungen pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe der über 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



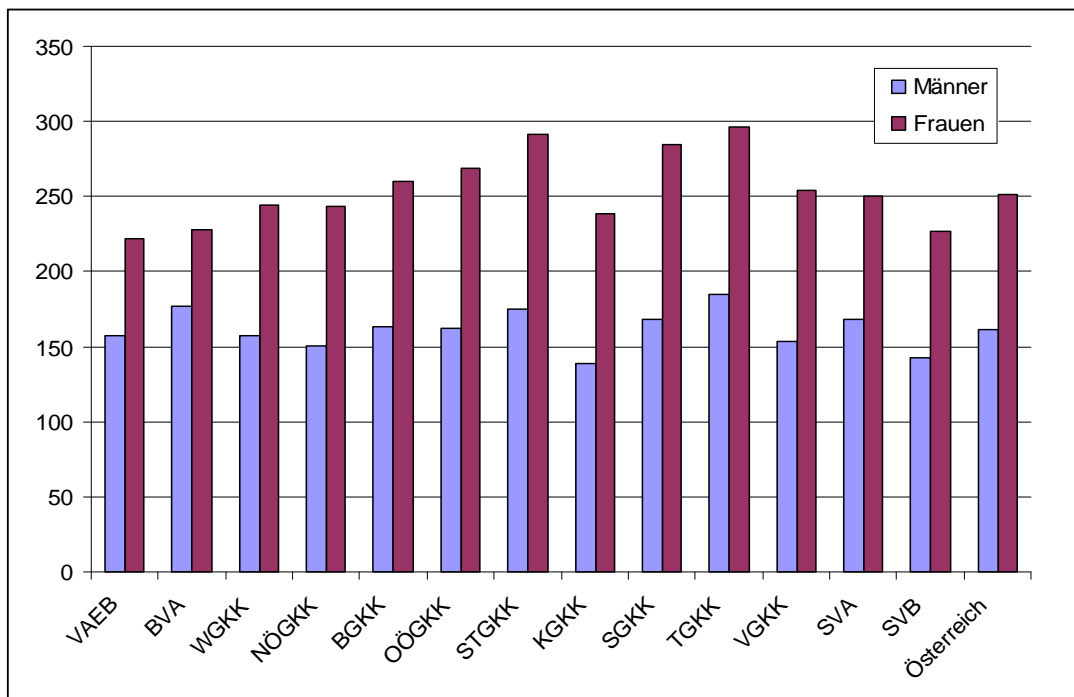
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 52: Antidepressiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 61 bis 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 53: Antidepressiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der über 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



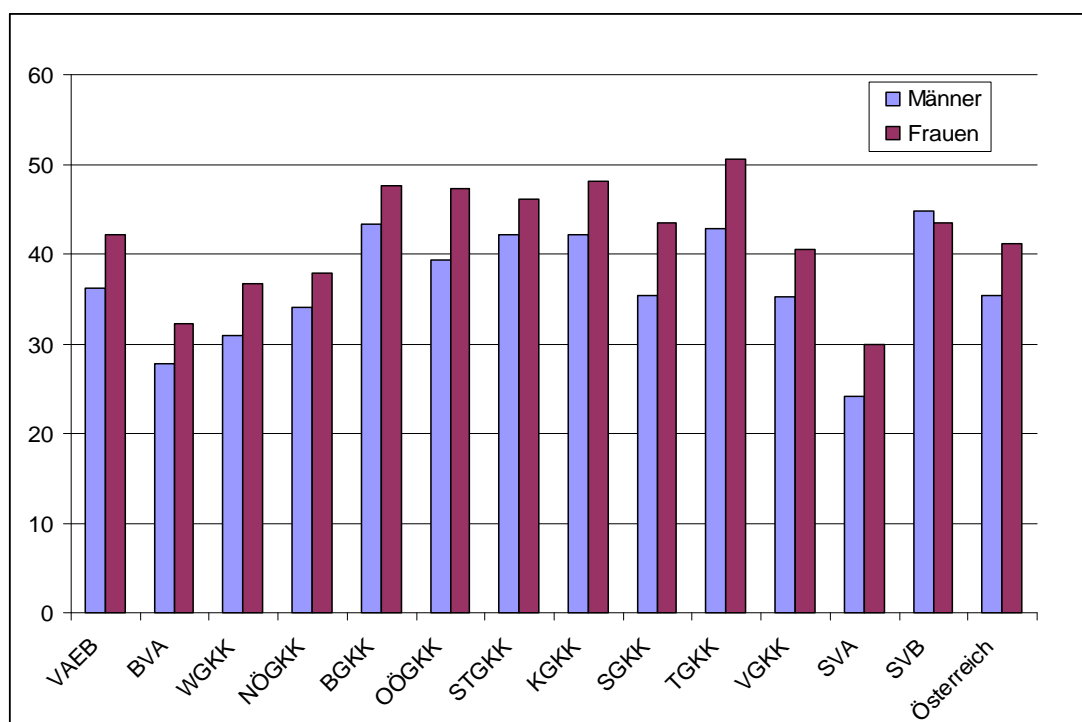
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 11: Antidepressiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 61 bis 80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 61-80		Altersgruppe über 80	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	7,10	7,77	7,42	8,40
BVA	7,12	7,39	7,13	7,92
WGKK	6,61	7,43	6,51	7,91
NÖGKK	7,12	7,84	7,42	8,41
BGKK	7,41	7,91	7,34	8,36
OÖGKK	7,00	7,55	7,12	8,37
StGKK	7,26	7,95	7,22	8,53
KGKK	6,78	7,35	6,79	8,10
SGKK	7,08	7,56	7,39	8,29
TGKK	7,64	8,20	8,04	9,30
VGKK	7,14	7,84	7,53	8,66
SVA	7,03	7,71	7,29	8,29
SVB	7,55	7,99	7,57	8,36
Österreich	7,09	7,71	7,23	8,31

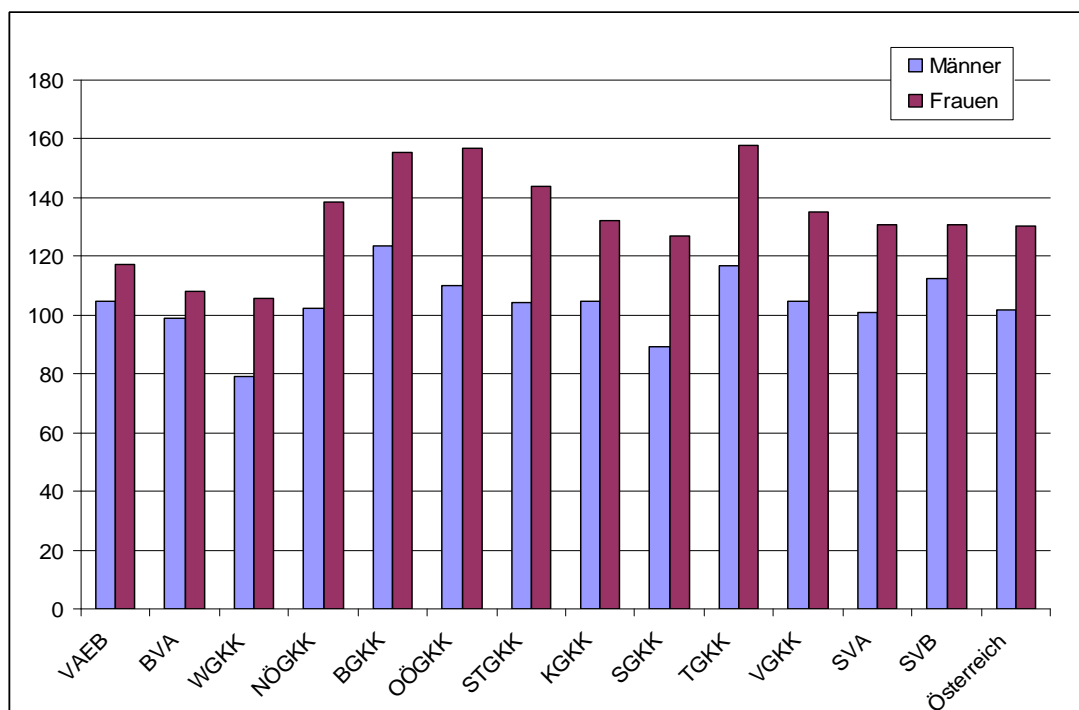
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 54: Antipsychotika: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 61 bis 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 55: Antipsychotika: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der über 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



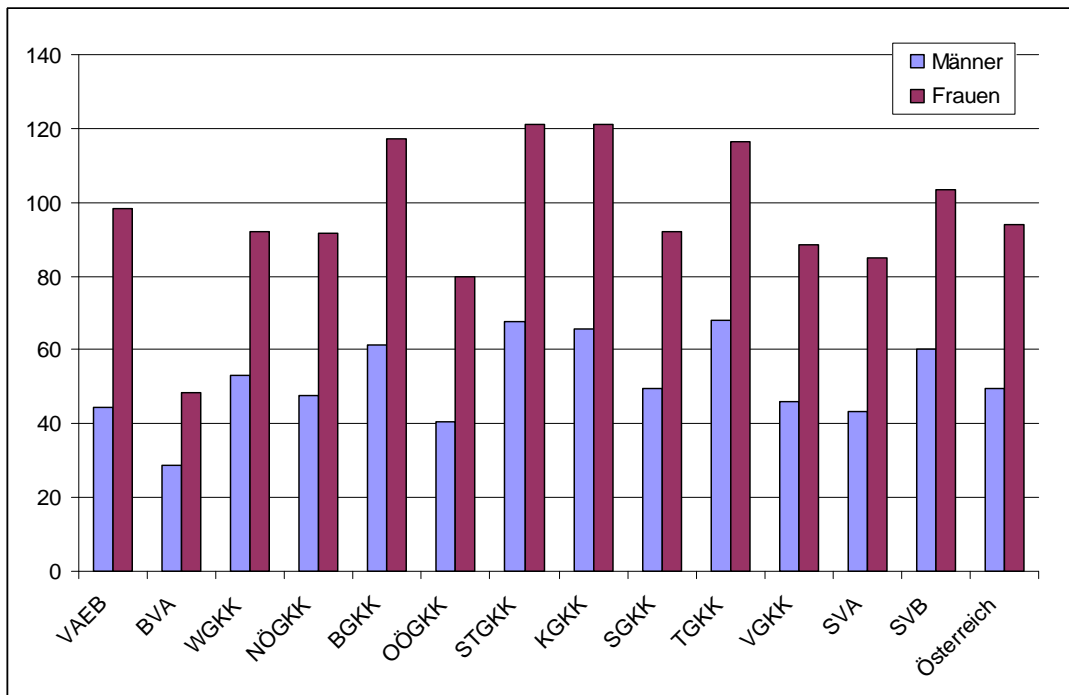
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 12: Antipsychotika: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 61 bis 80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 61-80		Altersgruppe über 80	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	7,40	8,09	6,10	6,32
BVA	7,16	8,24	5,66	6,17
WGKK	8,28	8,83	5,80	6,79
NÖGKK	8,45	8,93	6,01	6,77
BGKK	7,84	8,40	6,21	7,10
OÖGKK	8,44	8,54	6,65	7,28
StGKK	8,29	8,83	5,37	6,28
KGKK	9,63	9,78	5,46	5,99
SGKK	8,06	7,98	4,75	6,12
TGKK	7,99	8,62	6,13	7,09
VGKK	8,58	8,78	7,19	7,48
SVA	6,78	7,87	6,09	6,78
SVB	7,94	8,29	6,24	6,54
Österreich	8,08	8,64	5,98	6,67

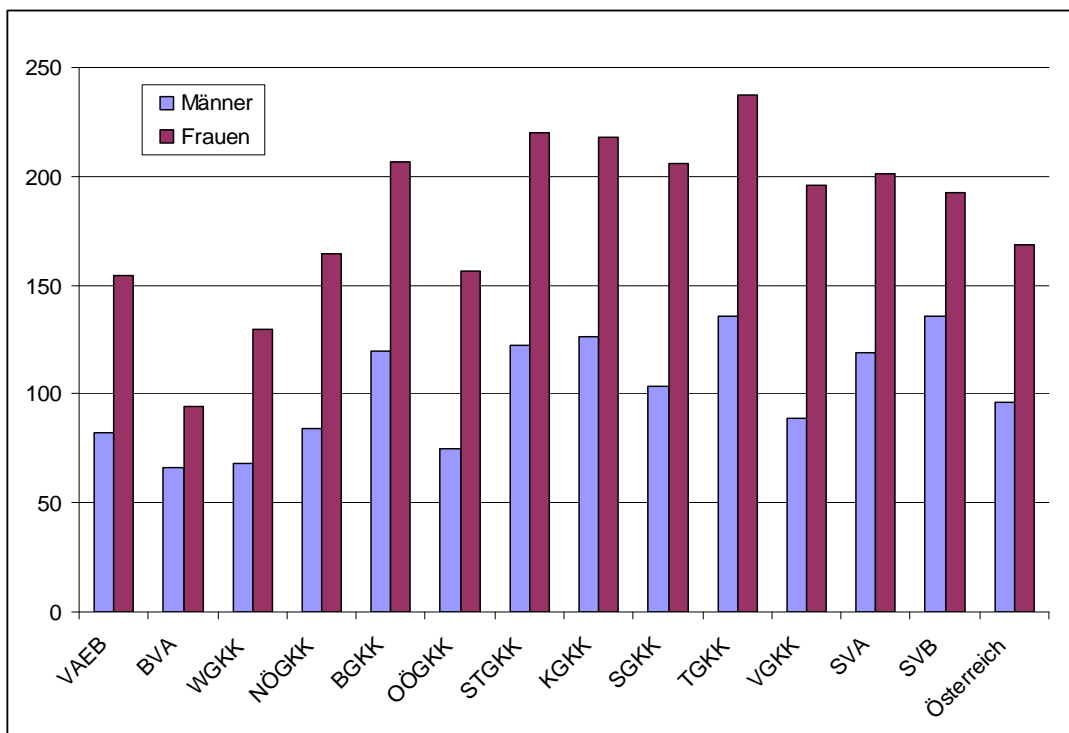
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 56: Tranquilizer: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 61 bis 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 57: Tranquilizer: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der über 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



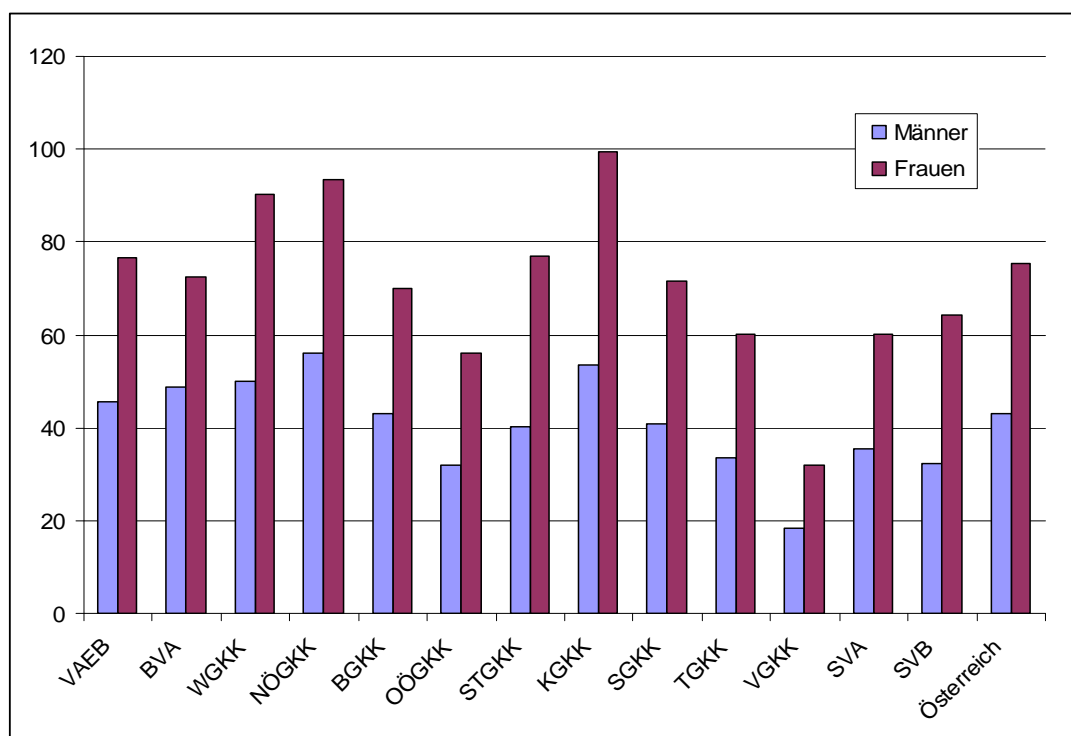
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 13: Tranquilizer: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 61 bis 80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 61-80		Altersgruppe über 80	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	7,27	8,60	7,54	10,60
BVA	5,93	6,55	6,00	7,97
WGKK	11,24	9,16	7,53	8,58
NÖGKK	8,07	7,64	7,51	8,84
BGKK	7,43	7,43	7,11	10,02
OÖGKK	7,62	7,31	6,75	8,47
StGKK	10,42	9,81	9,06	11,66
KGKK	9,28	8,92	8,85	10,50
SGKK	10,58	9,84	9,57	12,81
TGKK	11,86	10,89	10,27	12,41
VGKK	7,64	7,28	6,30	8,07
SVA	8,41	8,88	9,37	11,29
SVB	8,21	7,92	9,99	10,41
Österreich	9,04	8,62	8,34	10,03

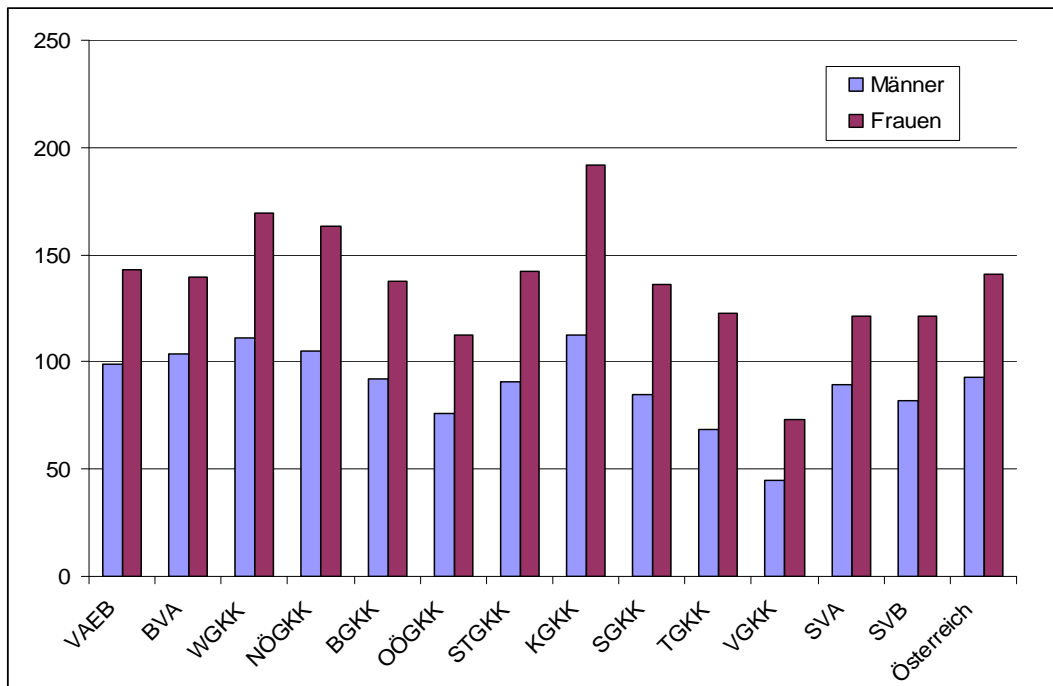
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 58: Antidemensiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 61 bis 70-jährigen, Männer und Frauen, 2009



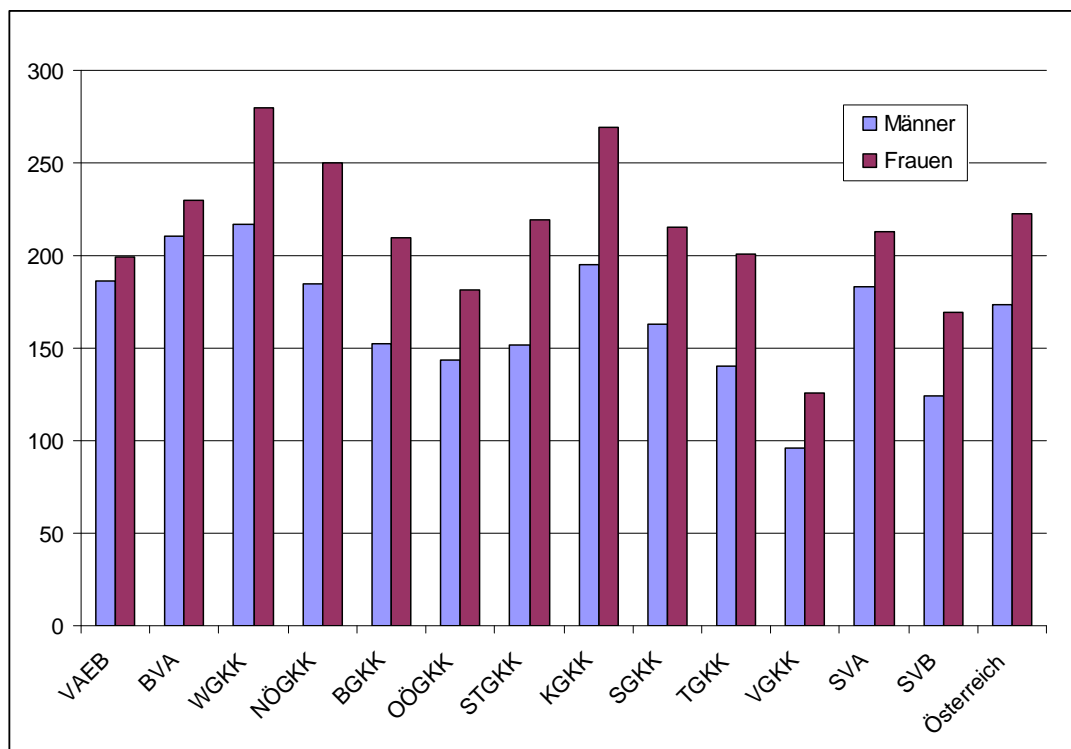
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 59: Antidementiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der 71 bis 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 60: Antidementiva: Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte in der Altersgruppe der über 80-jährigen, Männer und Frauen, 2009



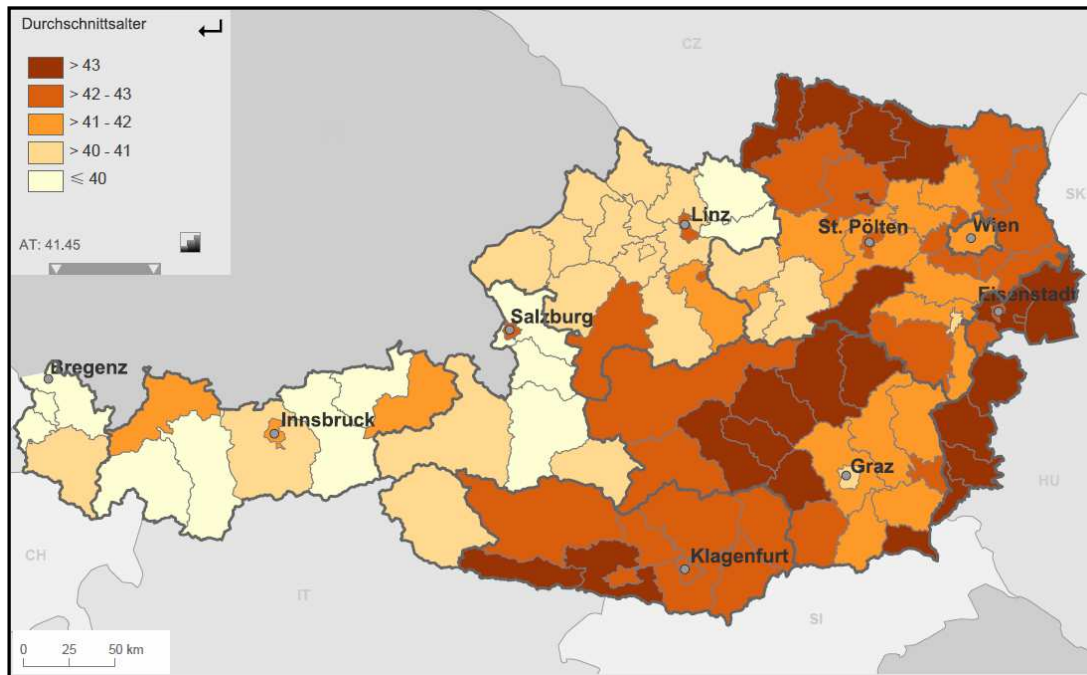
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 14: Antidementiva: Verordnungen pro Patient in den Altersgruppen 61 bis 70 Jahre, 71 bis 80 Jahre und über 80 Jahre, Männer und Frauen, 2009

	Altersgruppe 61-70		Altersgruppe 71-80		Altersgruppe über 80	
	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin	Verordnungen pro männlichem Patient	Verordnungen pro weiblicher Patientin
VAEB	5,63	5,68	7,05	7,08	7,70	7,99
BVA	5,84	5,80	6,89	6,96	7,83	7,75
WGKK	5,48	5,84	6,82	7,08	7,48	7,73
NÖGKK	5,86	6,13	7,33	7,59	8,02	8,57
BGKK	6,02	5,99	7,38	7,67	8,27	8,31
OÖGKK	5,26	5,22	6,84	6,82	7,72	7,83
StGKK	5,69	5,78	7,11	7,20	7,91	8,26
KGKK	5,26	5,57	6,56	6,93	7,44	7,84
SGKK	5,72	5,79	7,36	7,29	7,76	8,15
TGKK	5,55	5,46	6,87	7,10	7,79	8,14
VGKK	4,72	4,64	6,32	6,20	7,75	7,32
SVA	5,35	5,30	7,14	6,98	7,86	8,06
SVB	5,73	5,93	7,17	7,32	7,40	8,13
Österreich	5,60	5,75	7,02	7,16	7,74	8,02

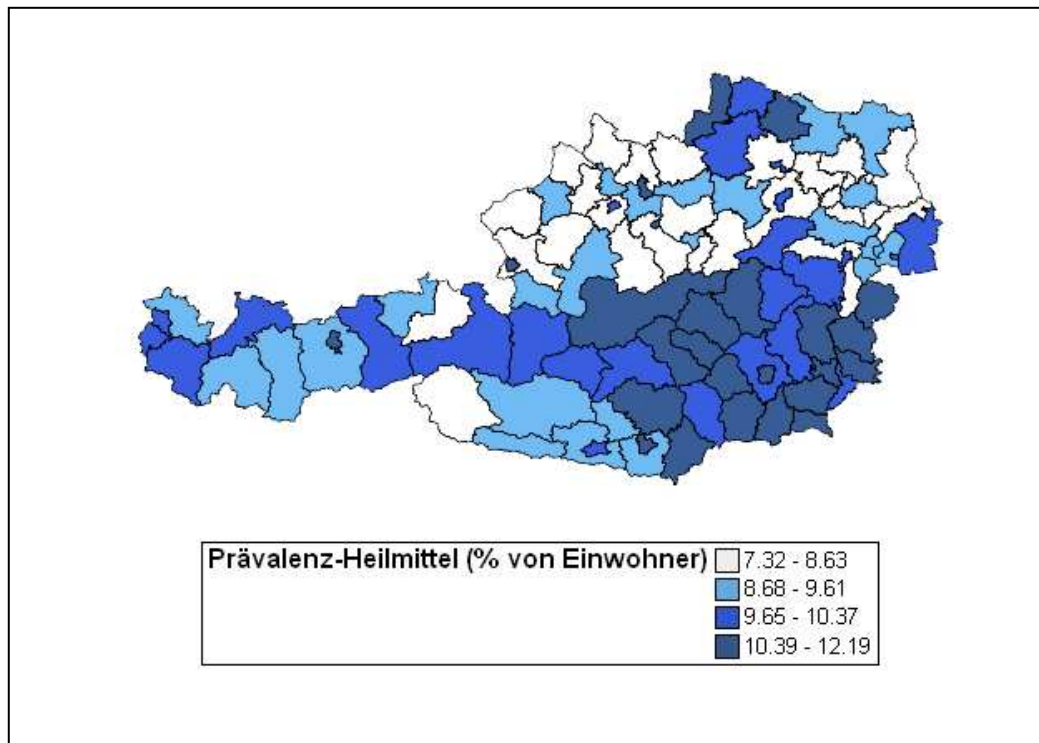
Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 61: Bevölkerung nach Alter und politischen Bezirken, 2009



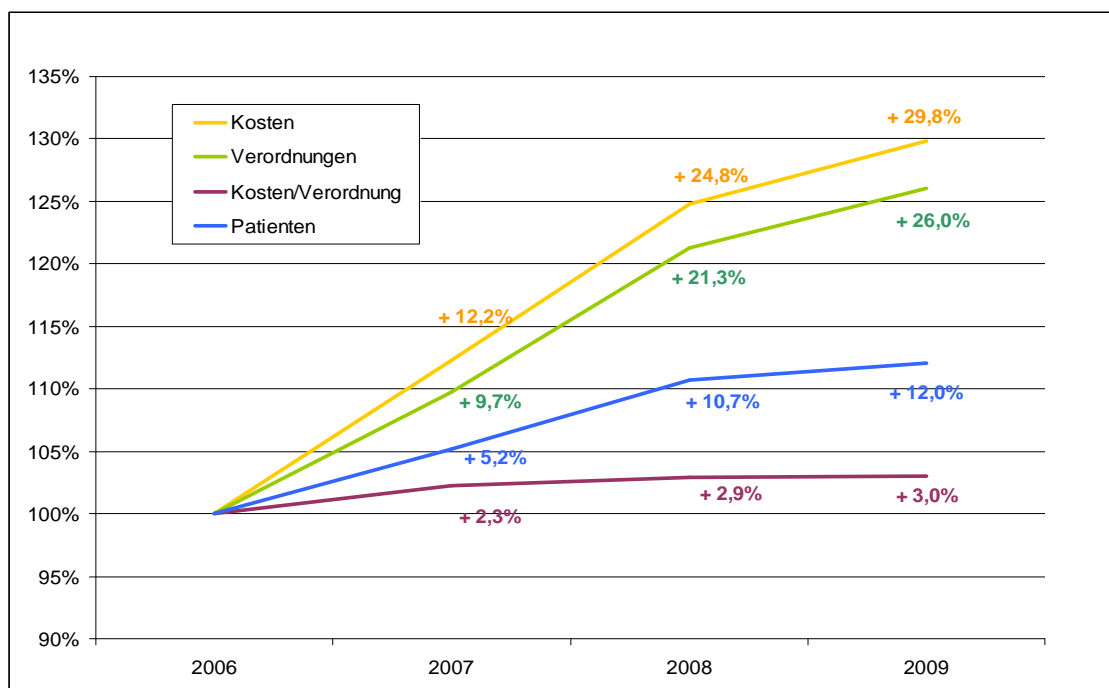
Quelle: STATISTIK AUSTRIA – Kartographie und GIS (2010)

Abb. 62: Heilmittel-Prävalenz psychischer Erkrankungen nach politischen Bezirken, in Prozent der Bevölkerung, 2009



Quelle: LEICON (2010)

Abb. 63: Psychopharmaka: Veränderungen in den Kosten, Verordnungen, Kosten pro Verordnung und Patientenzahlen von 2006 bis 2009 (2006 = 100 %), alle Träger



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 15: Psychopharmaka: Kosten pro Verordnung und Kosten pro Patient, Männer und Frauen, 2009

	Kosten pro Verordnung		Kosten pro Patient	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
VAEB	€ 24,7	€ 19,44	€ 231,55	€ 221,20
BVA	€ 25,51	€ 22,69	€ 222,56	€ 208,99
WGKK	€ 19,48	€ 19,56	€ 259,06	€ 210,81
NÖGKK	€ 26,39	€ 21,90	€ 73,12	€ 227,65
BGKK	€ 27,52	€ 21,40	€ 286,51	€ 227,72
OÖGKK	€ 26,50	€ 21,89	€ 256,87	€ 214,32
StGKK	€ 23,14	€ 19,13	€ 249,66	€ 210,47
KGKK	€ 27,19	€ 21,29	€ 286,19	€ 228,03
SGKK	€ 22,96	€ 19,10	€ 233,96	€ 201,43
TGKK	€ 21,58	€ 19,41	€ 269,54	€ 226,38
VGKK	€ 25,49	€ 19,98	€ 259,13	€ 195,61
SVA	€ 22,18	€ 18,75	€ 194,65	€ 193,38
SVB	€ 23,14	€ 19,35	€ 251,06	€ 215,96
Österreich	€ 23,58	€ 20,38	€ 251,14	€ 214,61

Quelle: LEICON (2010)

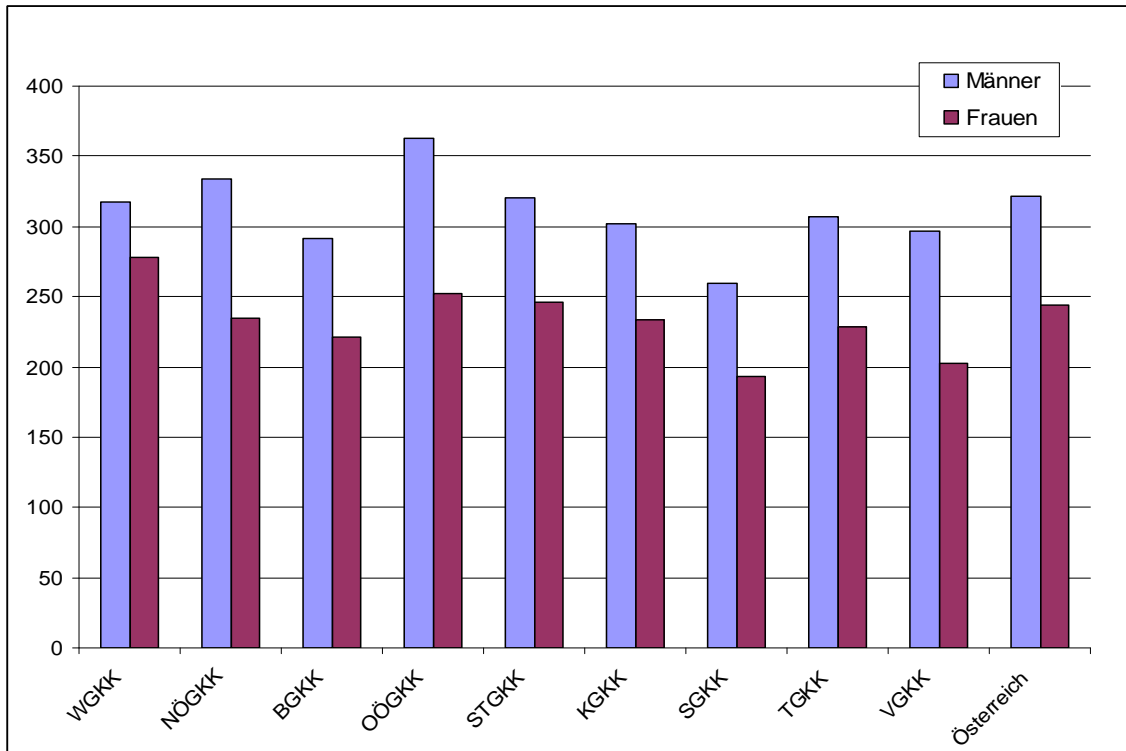
Anhang: Arbeitsunfähigkeit

Liste der Abbildungen und Tabellen

- Abb. 1: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund somatischer Diagnosen, Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 2: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen, Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 3: Zunahmen der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer und somatischer Diagnosen, 2007 – 2009 (2007 = 100 %), alle GKKs
- Abb. 4: Durchschnittliche Dauer pro AU-Fall (in Tagen) bei somatischen und psychischen Diagnosen, 2009
- Abb. 5: Durchschnittliche AU-Dauer in Tagen bei den psychischen Diagnosen, alle GKKs, 2009
- Abb. 6: Anteile der jeweiligen AU-Diagnosen an der Gesamtzahl der Fälle, alle Träger, 2009
- Abb. 7: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte aufgrund von psychischen Diagnosen im Trägervergleich, 2009
- Abb. 8: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F00-F09 (organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen), 2009
- Abb. 9: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F10-F19 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), 2009
- Abb. 10: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), 2009
- Abb. 11: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F30-F39 (Affektive Störungen), 2009
- Abb. 12: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F40-F48 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), 2009
- Abb. 13: AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 14: AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Tab. 1: Durchschnittliche AU-Dauer pro Fall (in Tagen) aufgrund somatischer und psychischer Diagnosen, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 15: Geschlechterverteilung bei Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen (Patienten), Anteile pro Diagnosegruppe, alle GKKs, 2009
- Abb. 16: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F00-F09, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 17: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F10-F19, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 18: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F20-F29, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 19: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F30-F39, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 20: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F40-F48, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009

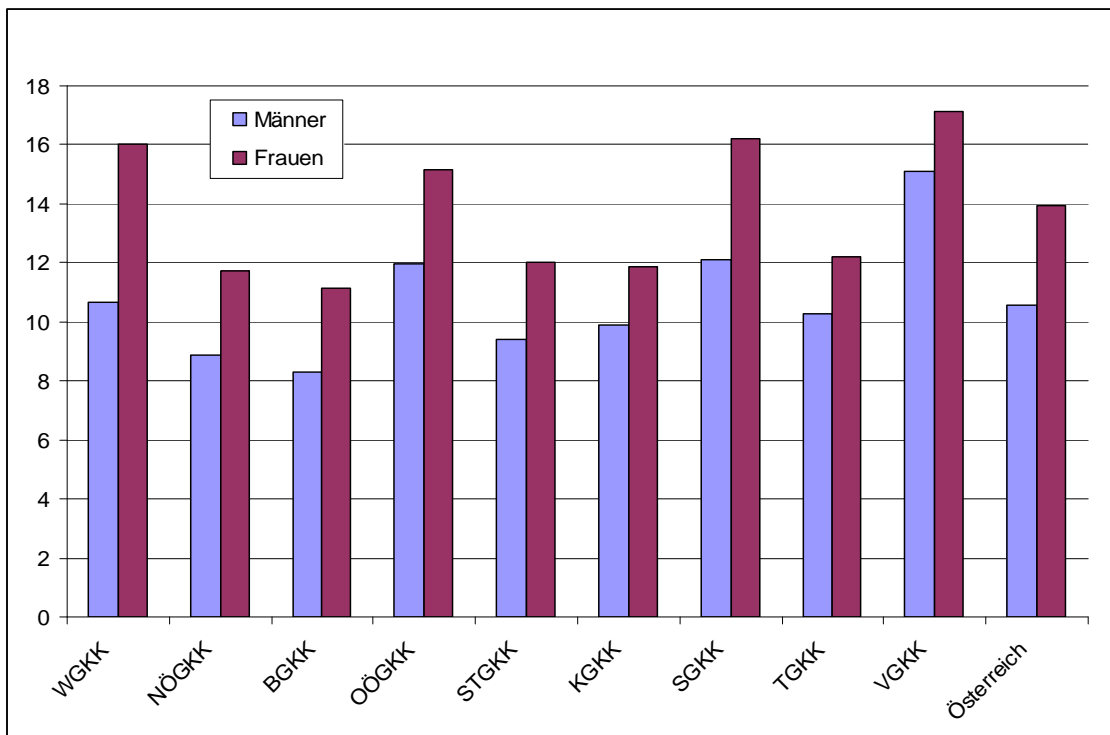
- Abb. 21: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F50-F99, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009
- Abb. 22: AU-Patienten aufgrund der Diagnose Z73/Z76, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009
- Abb. 23: Verteilung der AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen auf die jeweiligen Altersgruppen, alle GKKs, 2009
- Abb. 24: Verteilung der AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen auf die jeweiligen Altersgruppen, alle GKKs, 2009
- Abb. 25: AU-Dauer pro Fall (in Tagen) bei psychischen Diagnosen in den jeweiligen Altersgruppen, alle Träger, 2009
- Abb. 26: AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen nach Erwerbsstatus, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009
- Abb. 27: AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen nach Erwerbsstatus, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009
- Abb. 28: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Angestellten (Fälle), alle Träger, 2009
- Abb. 29: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Arbeitern (Fälle), alle Träger, 2009
- Abb. 30: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Arbeitslosen (Fälle), alle Träger, 2009
- Tab. 2: Durchschnittliche AU-Dauer pro Fall bei somatischen und psychischen Diagnosen nach Erwerbstätigkeit, 2009
- Abb. 31: Patienten mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen nach politischen Bezirken, in Prozent der Einwohner, 2009

Abb. 1: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund somatischer Diagnosen, Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



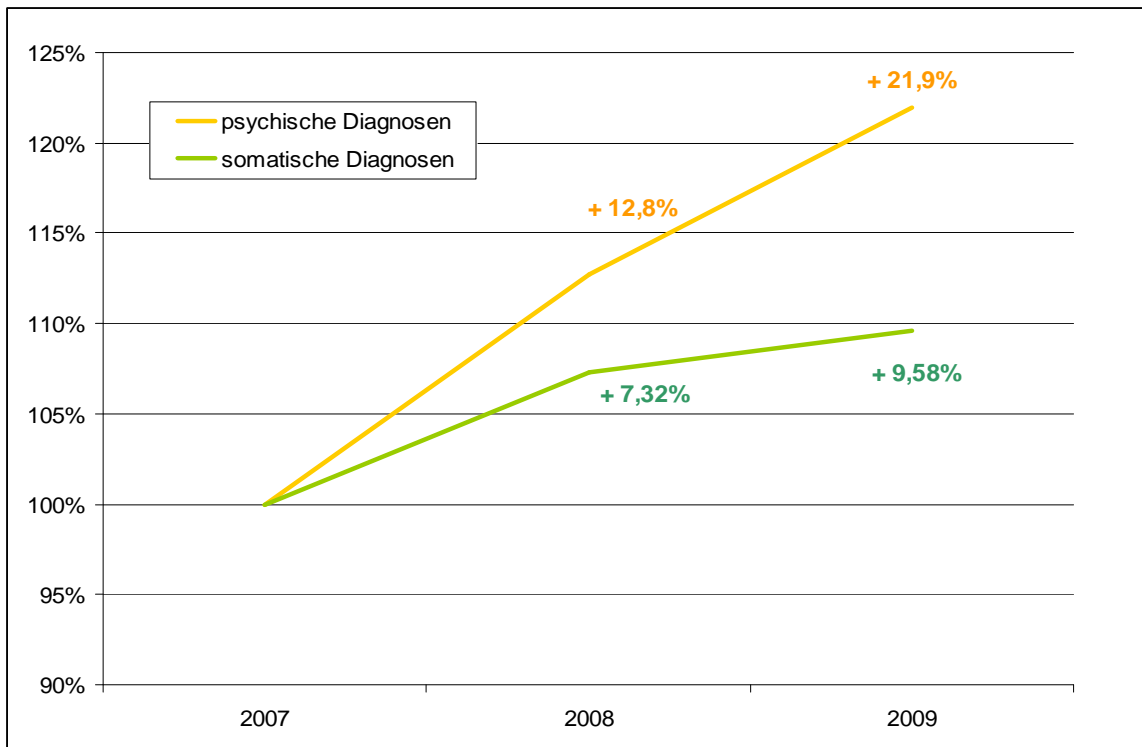
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 2: Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen, Patienten auf 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



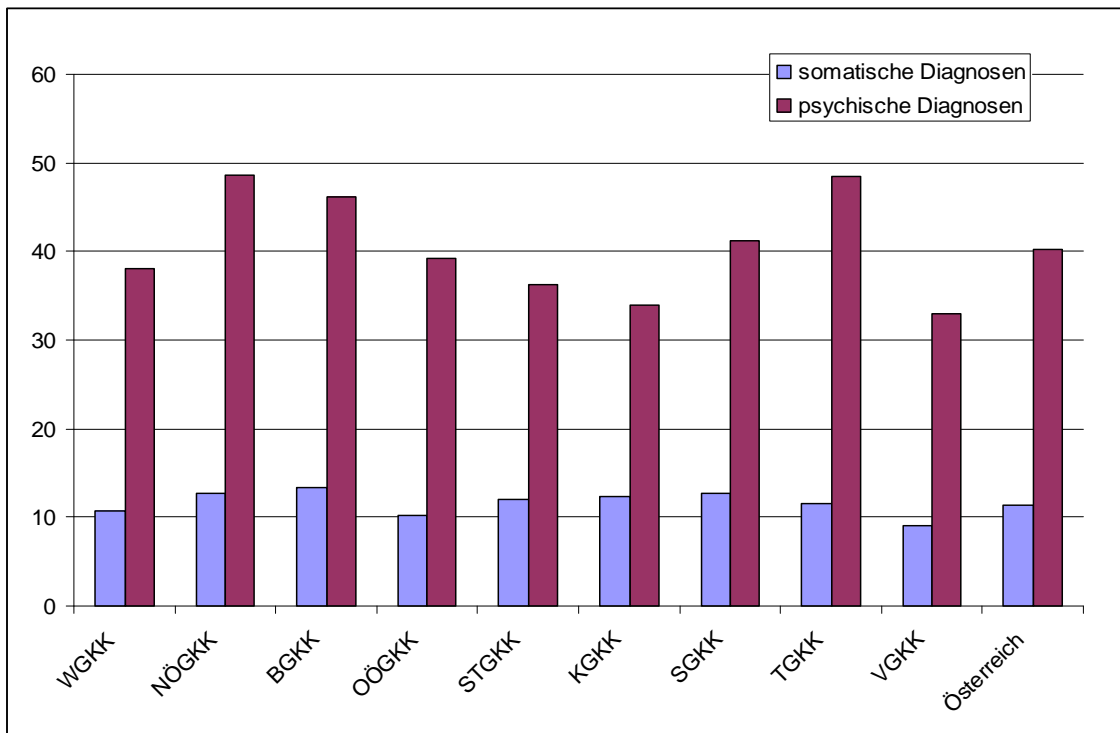
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 3: Zunahmen der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer und somatischer Diagnosen, 2007 – 2009 (2007 = 100 %), alle GKKs



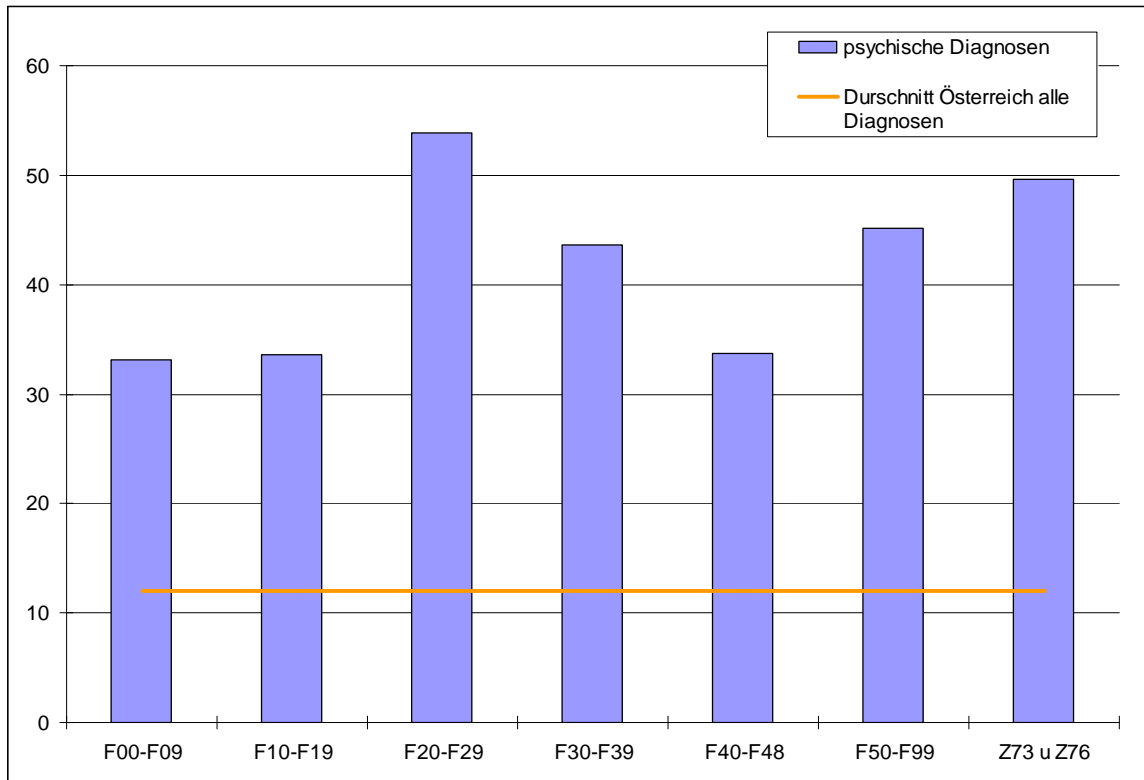
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 4: Durchschnittliche Dauer pro AU-Fall (in Tagen) bei somatischen und psychischen Diagnosen, 2009



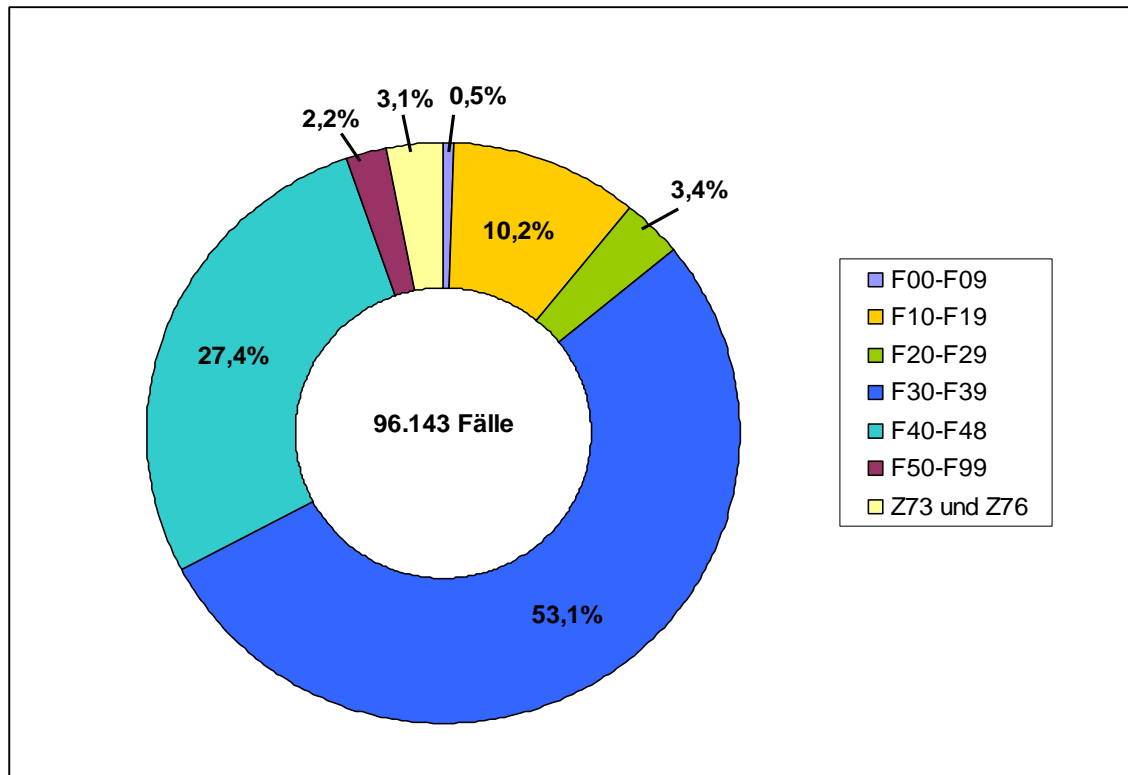
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 5: Durchschnittliche AU-Dauer in Tagen bei den psychischen Diagnosen, alle GKKs, 2009



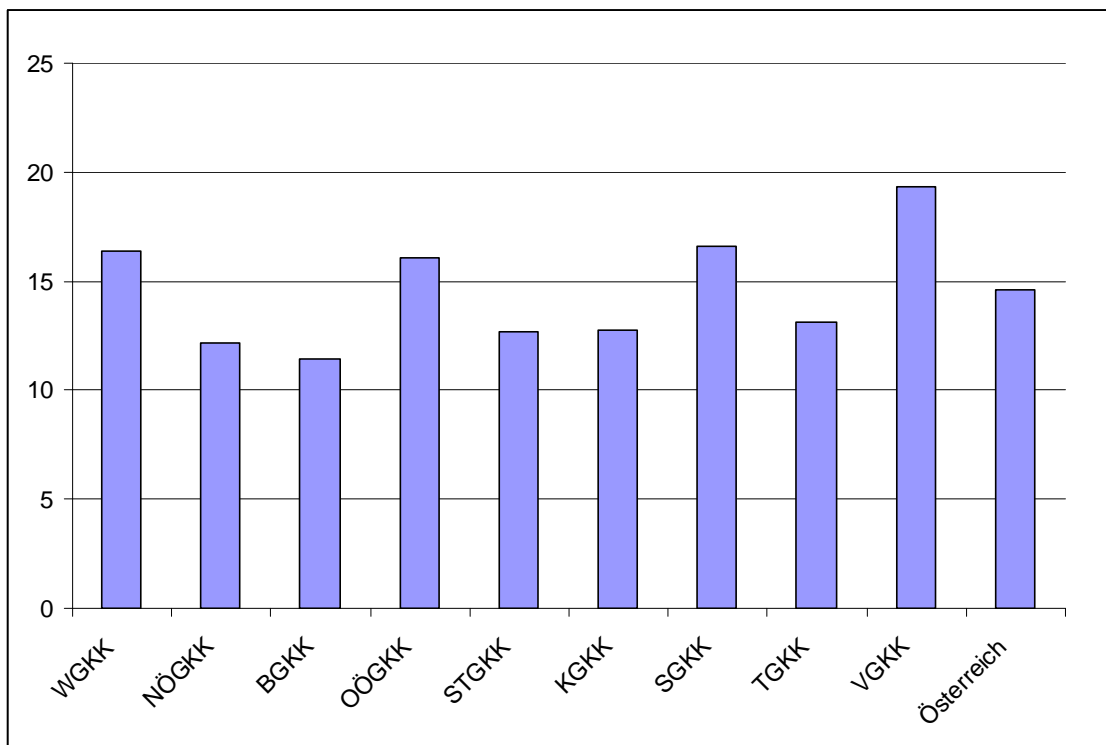
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 6: Anteile der jeweiligen AU-Diagnosen an der Gesamtzahl der Fälle, alle Träger, 2009



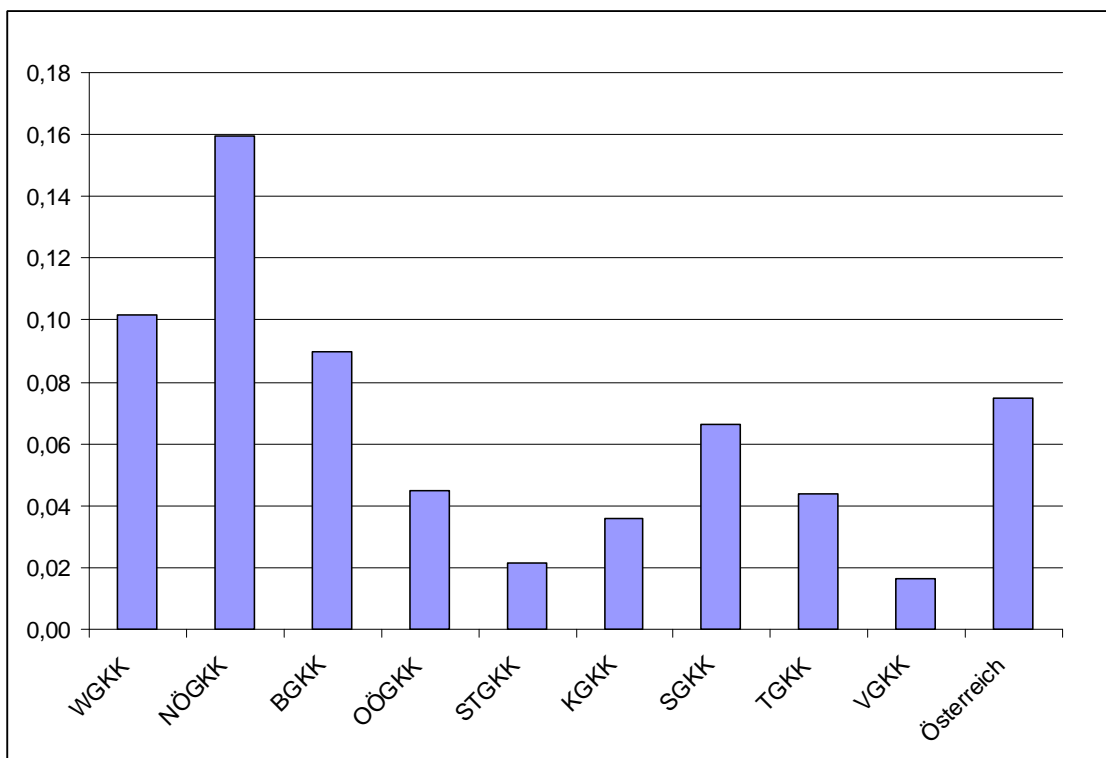
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 7: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte aufgrund von psychischen Diagnosen im Trägervergleich, 2009



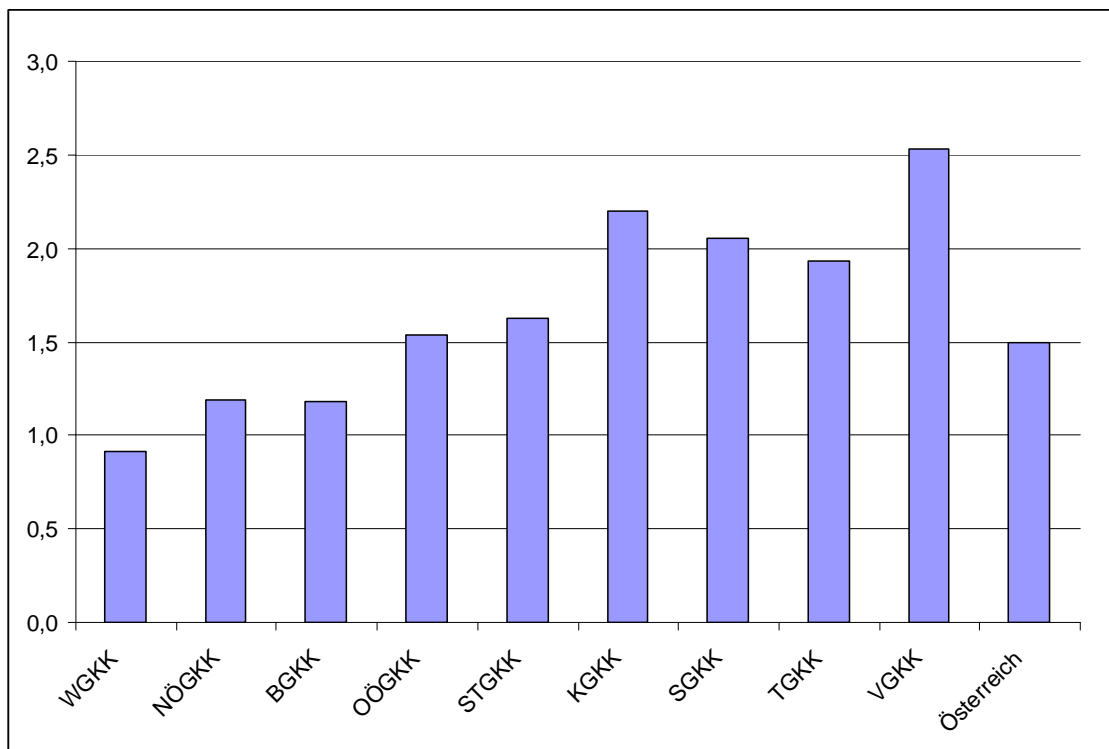
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 8: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F00-F09 (organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen), 2009



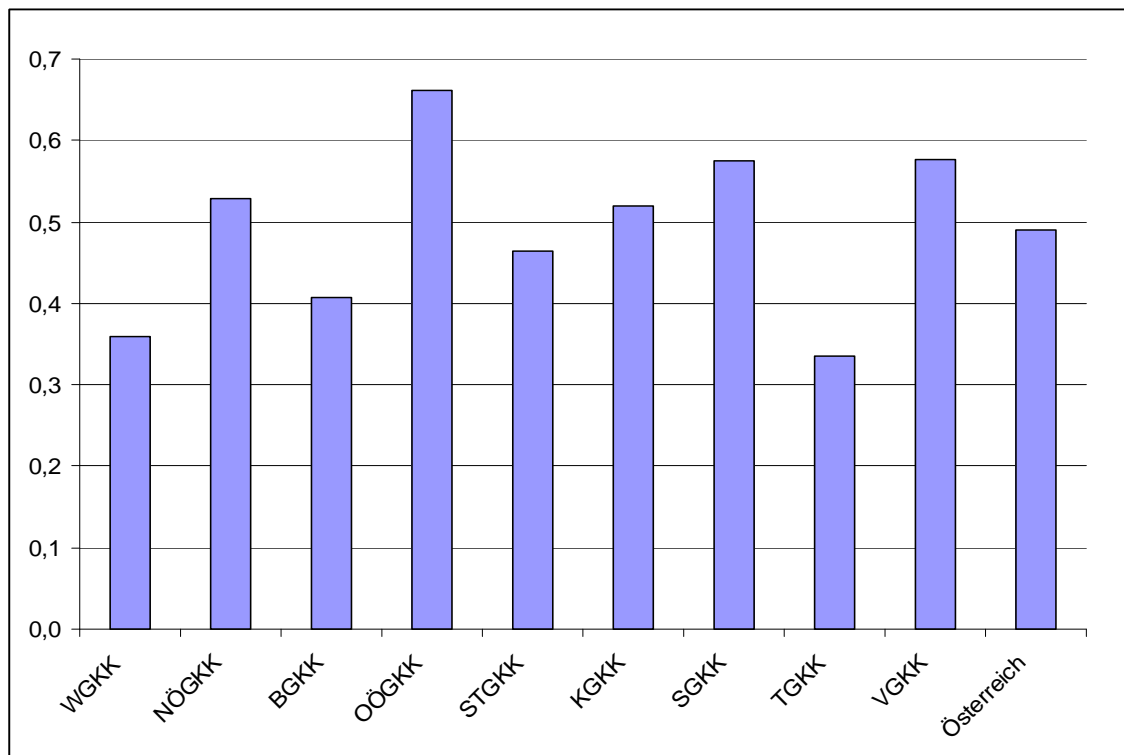
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 9: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F10-F19 (psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), 2009



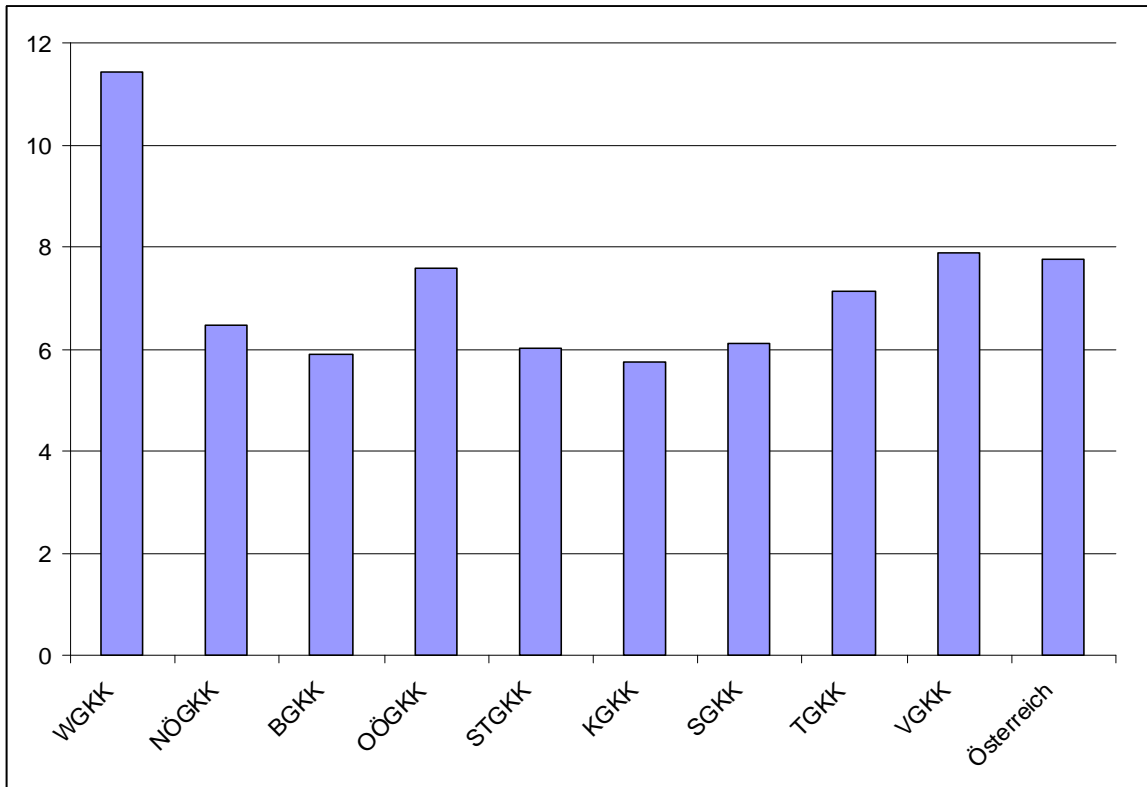
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 10: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F20-F29 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), 2009



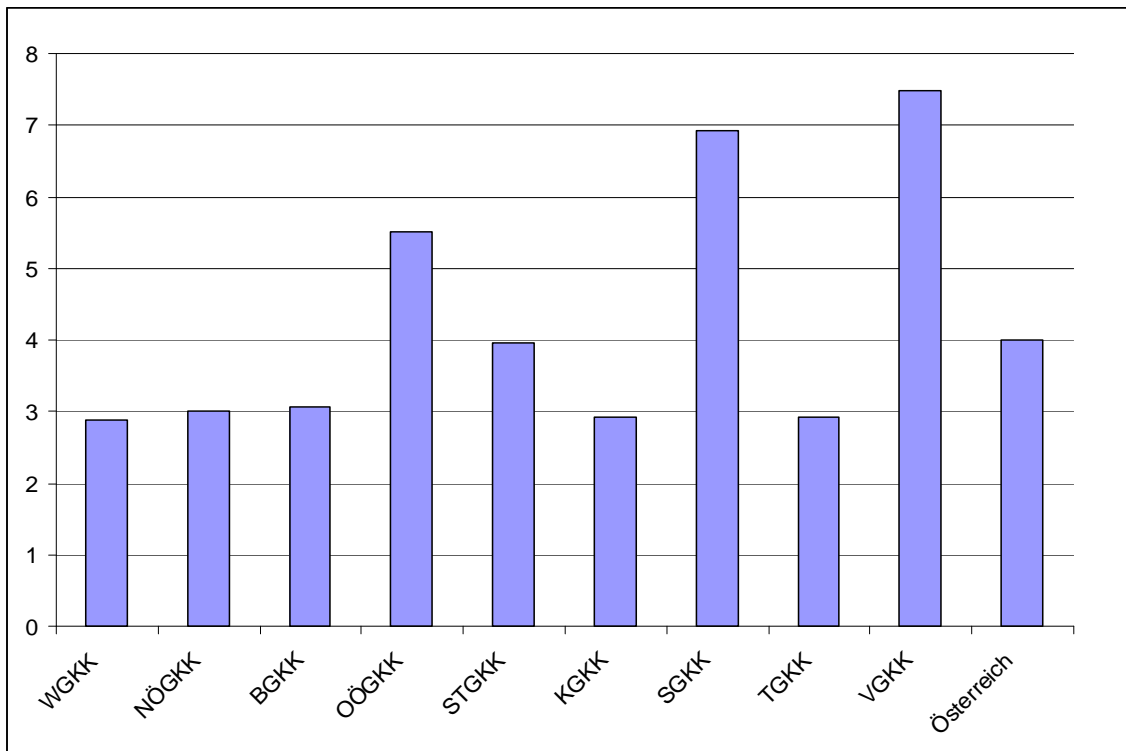
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

**Abb. 11: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F30-F39
(Affektive Störungen), 2009**



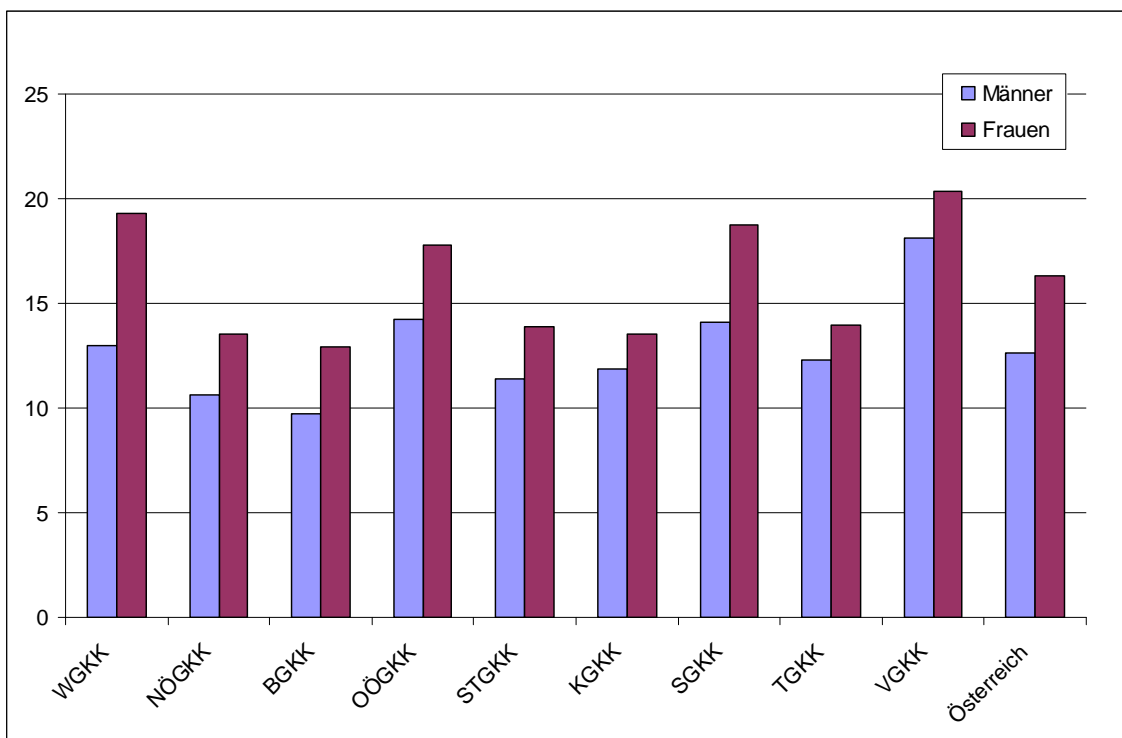
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

**Abb. 12: AU-Fälle pro 1000 Anspruchsberechtigte in der Gruppe F40-F48
(Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), 2009**



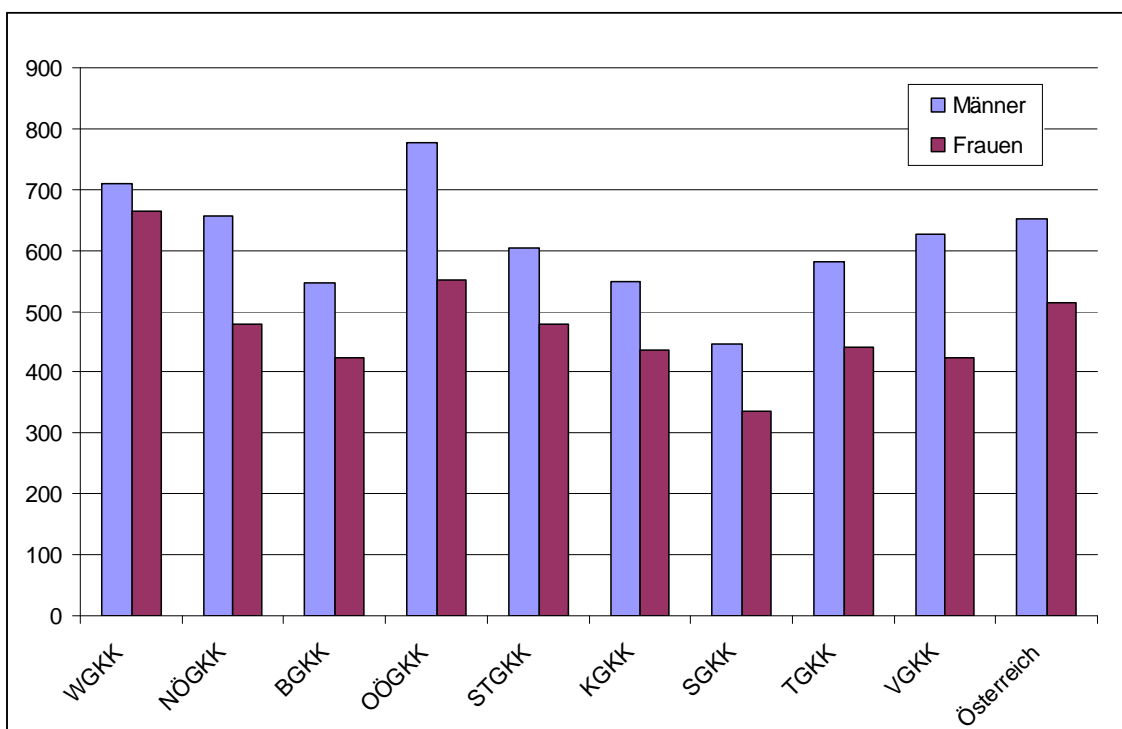
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 13: AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 14: AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



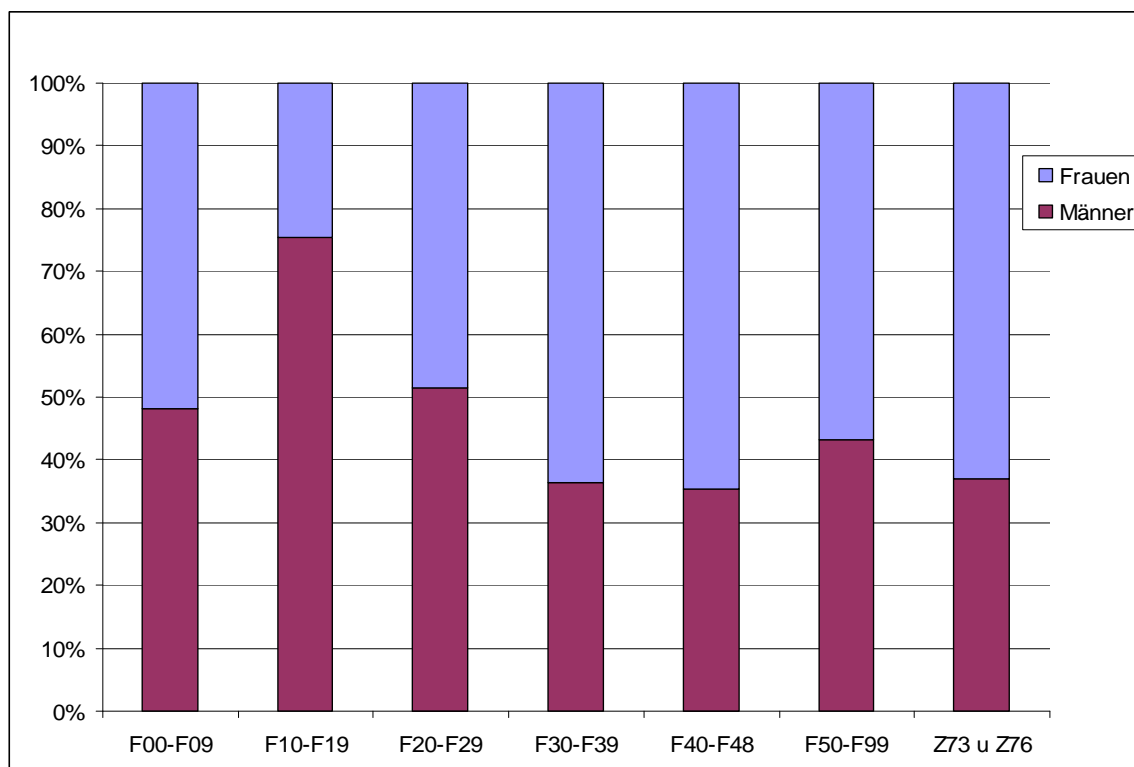
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 2: Durchschnittliche AU-Dauer pro Fall (in Tagen) aufgrund somatischer und psychischer Diagnosen, Männer und Frauen, 2009

	Somatische Diagnosen		Psychische Diagnosen	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
WGKK	11,3	10,4	40,8	36,5
NÖGKK	13,0	12,2	46,8	49,8
BGKK	13,7	13,1	46,0	46,3
OÖGKK	10,5	9,7	37,7	40,3
StGKK	12,6	11,4	34,0	38,0
KGKK	12,8	11,8	30,6	36,6
SGKK	13,1	12,4	41,1	41,3
TGKK	11,7	11,2	46,9	49,8
VGKK	9,34	8,8	33,3	32,6
Österreich	11,7	10,9	39,7	41,2

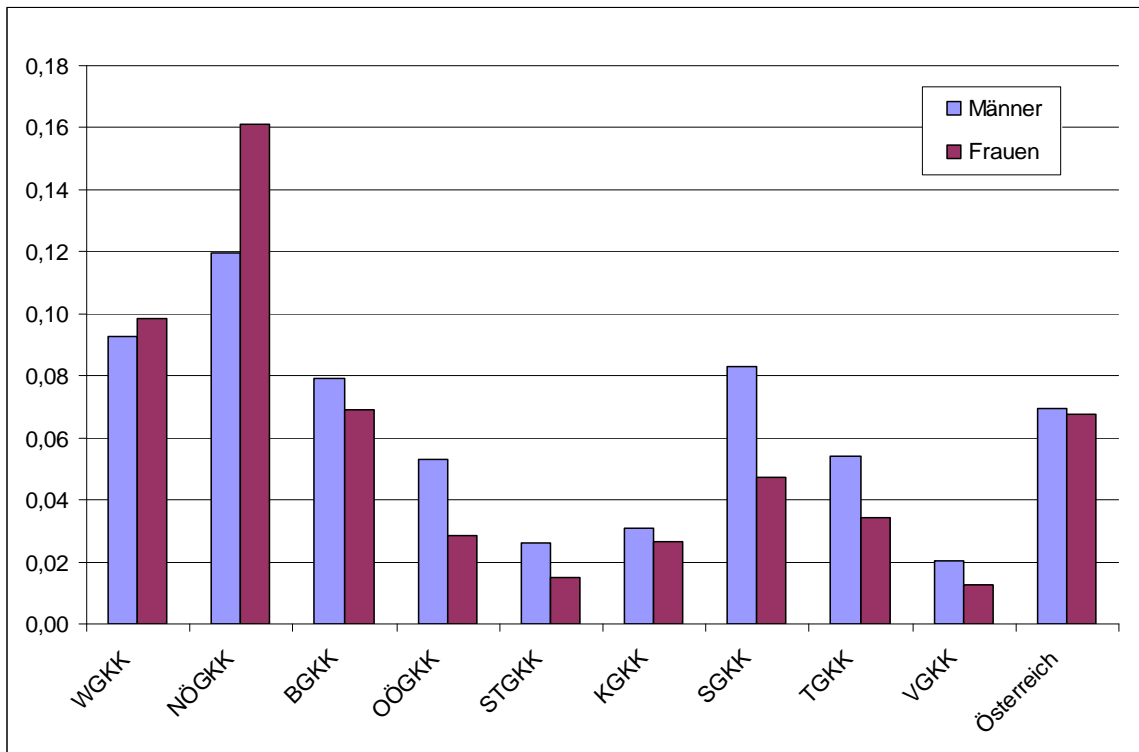
Quelle: eigene Berechnungen nach LEICON (2010)

Abb. 15: Geschlechterverteilung bei Arbeitsunfähigkeiten aufgrund psychischer Diagnosen (Patienten), Anteile pro Diagnosegruppe, alle GKKs, 2009



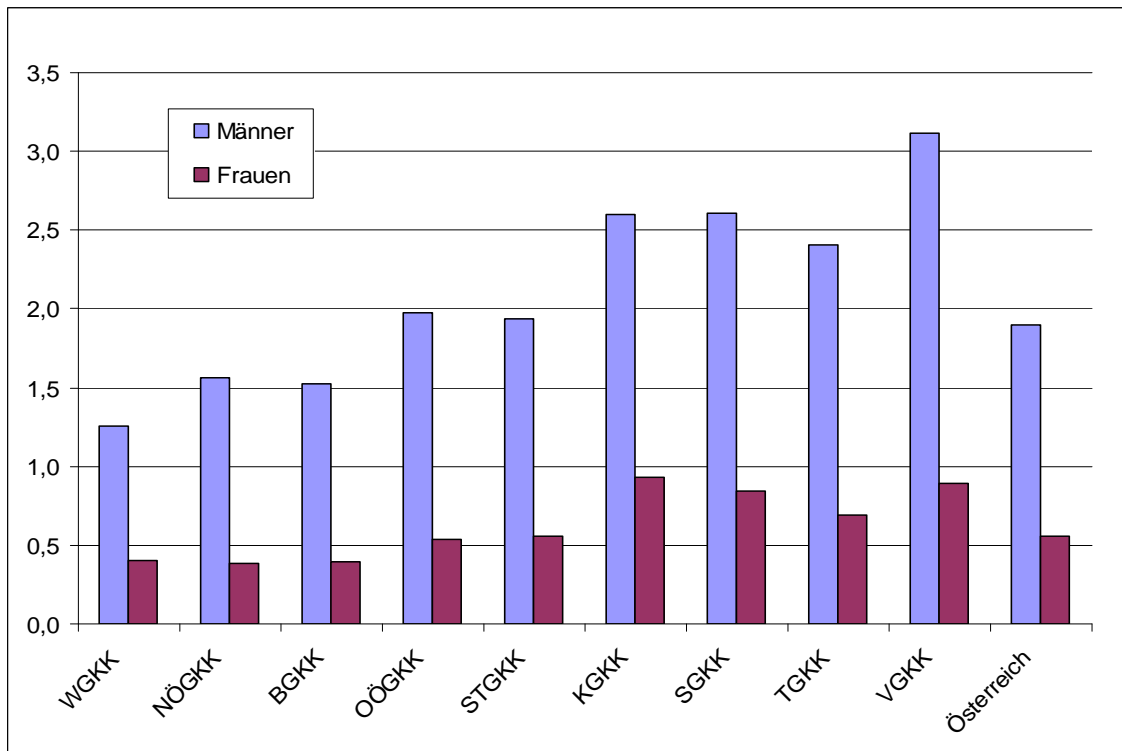
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 16: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F00-F09, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



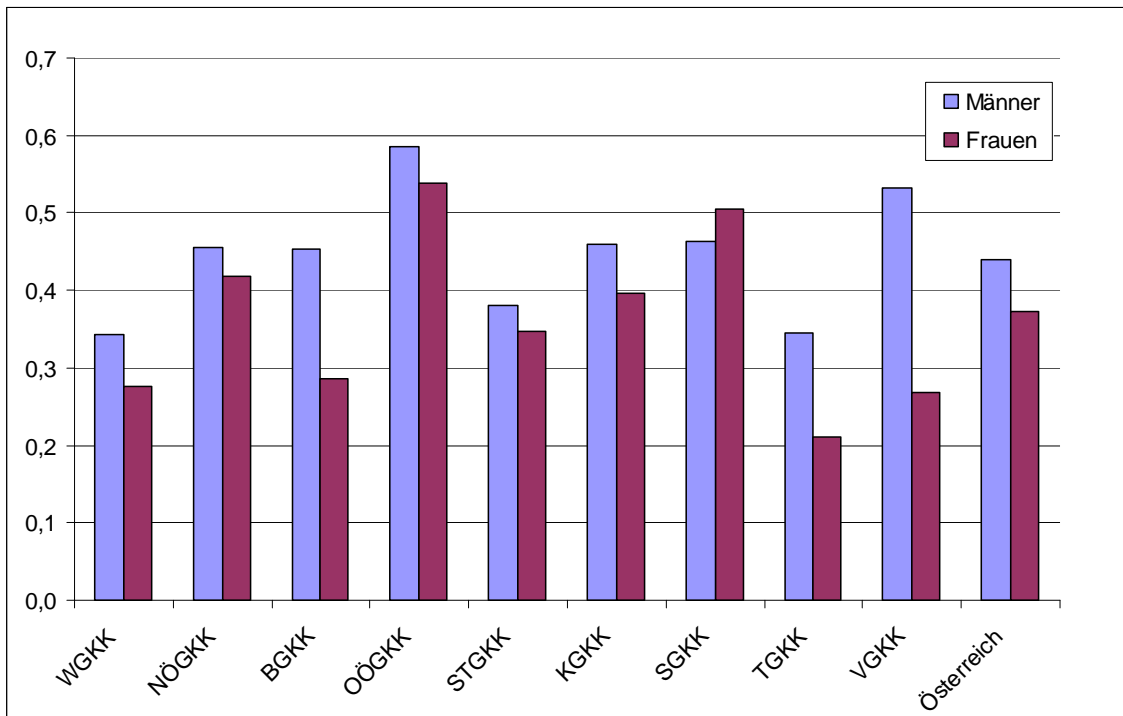
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 17: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F10-F19, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



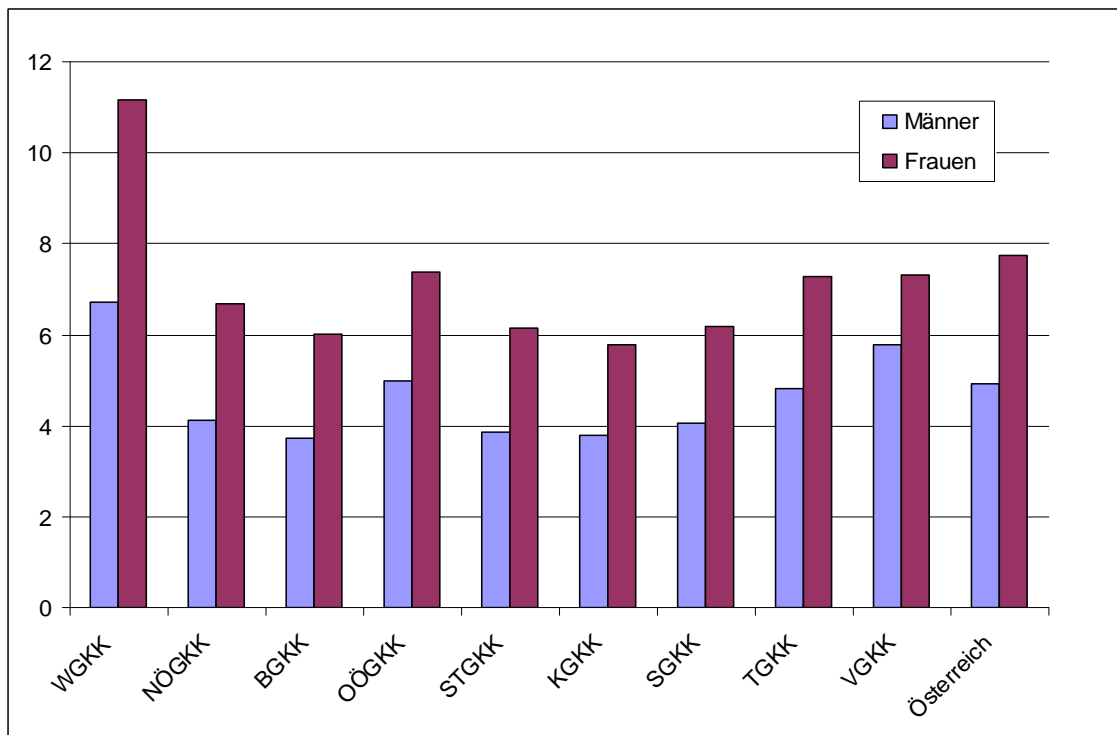
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 18: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F20-F29, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



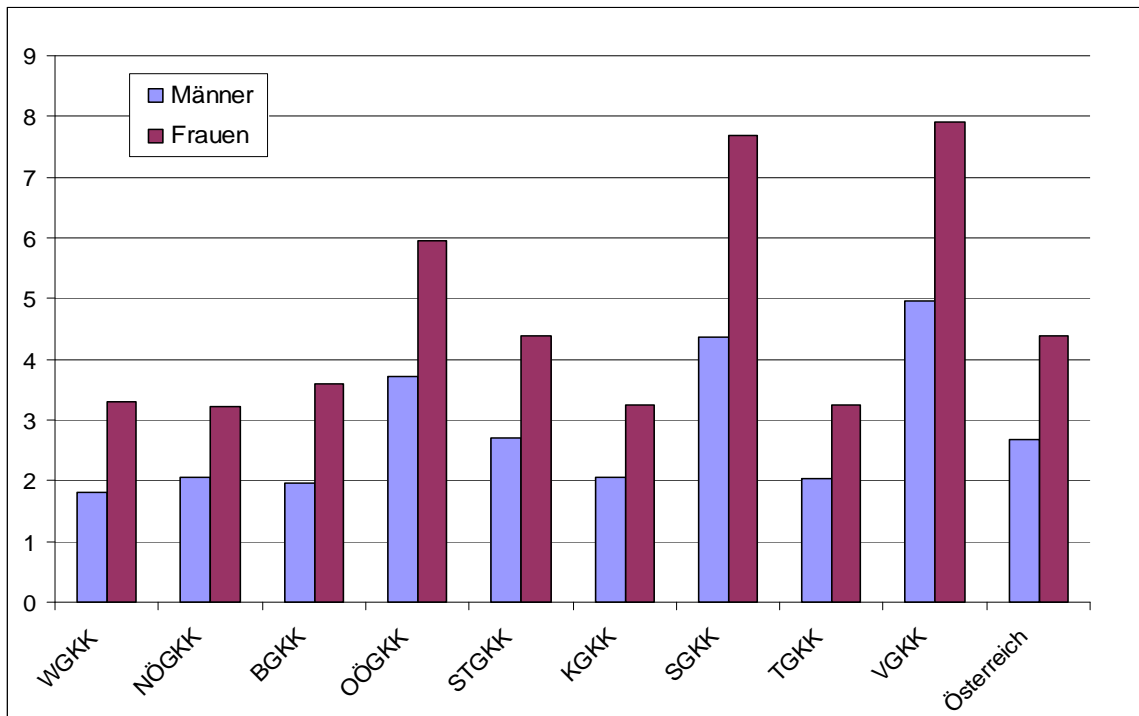
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 19: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F30-F39, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



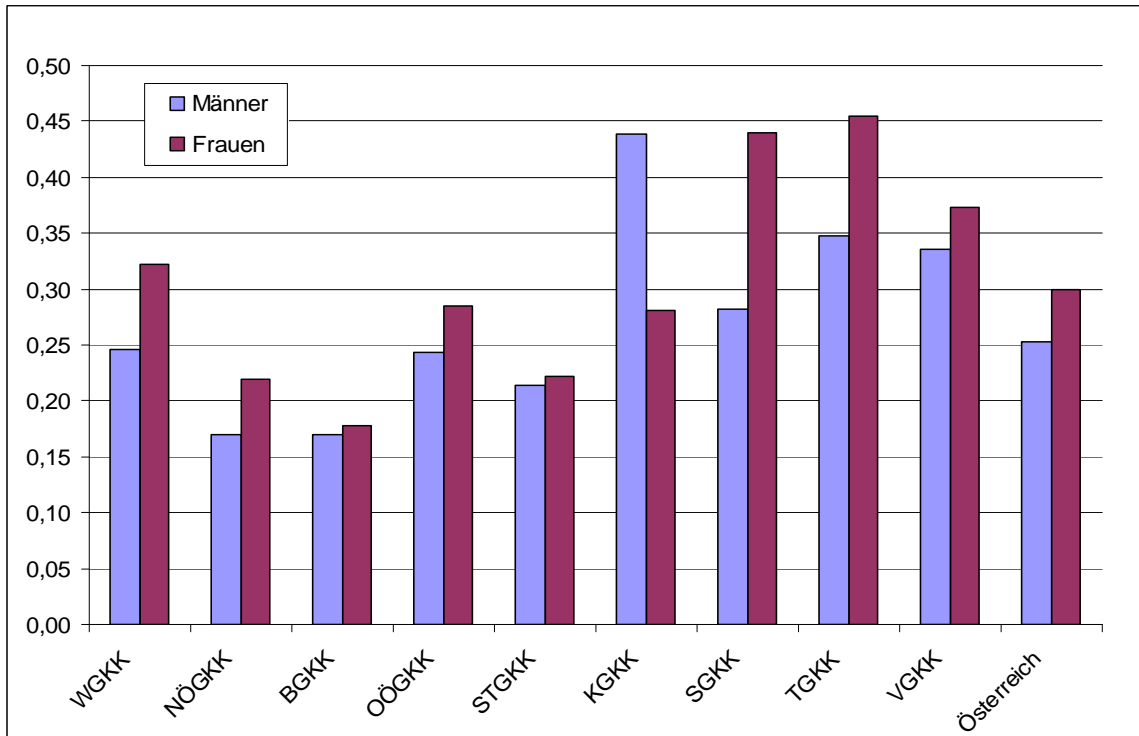
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 20: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F40-F48, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



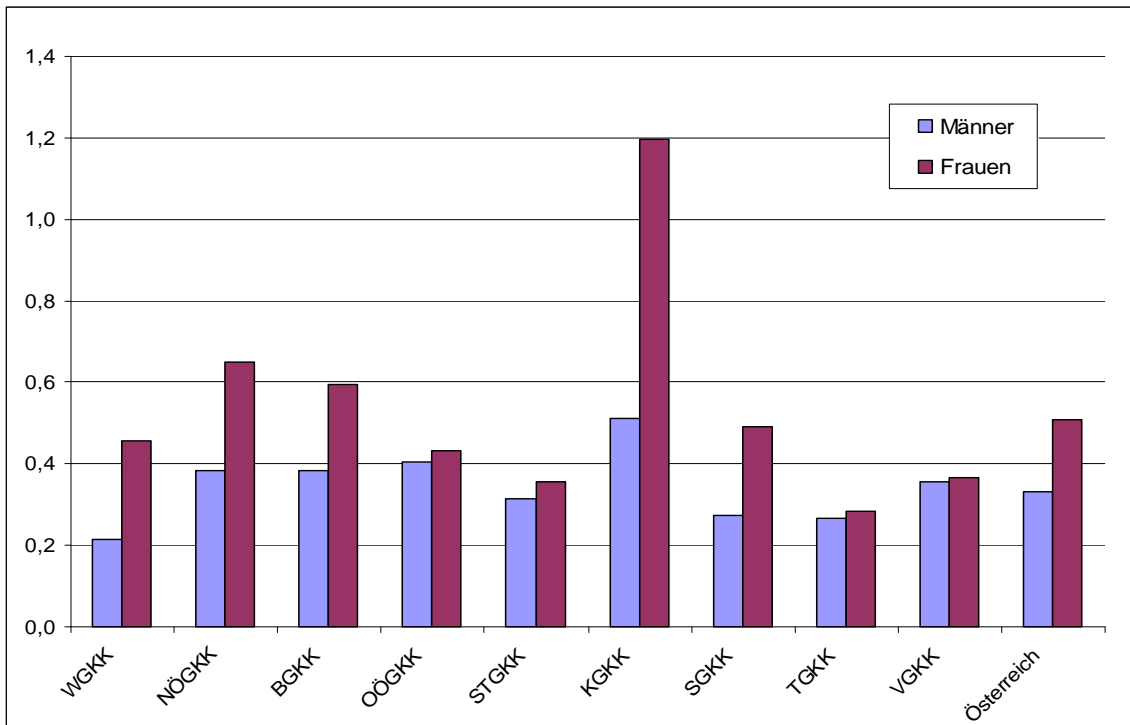
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 21: AU-Patienten aufgrund einer Diagnose aus F50-F99, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, Männer und Frauen, 2009



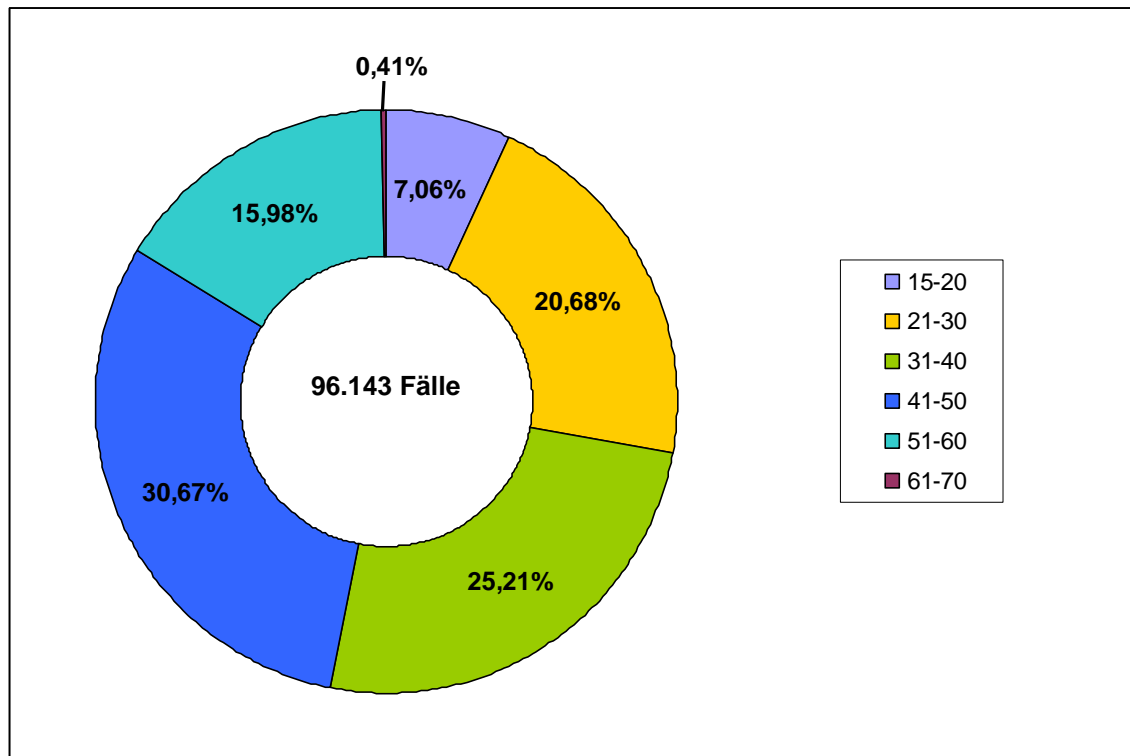
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 22: AU-Patienten aufgrund der Diagnose Z73/Z76, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



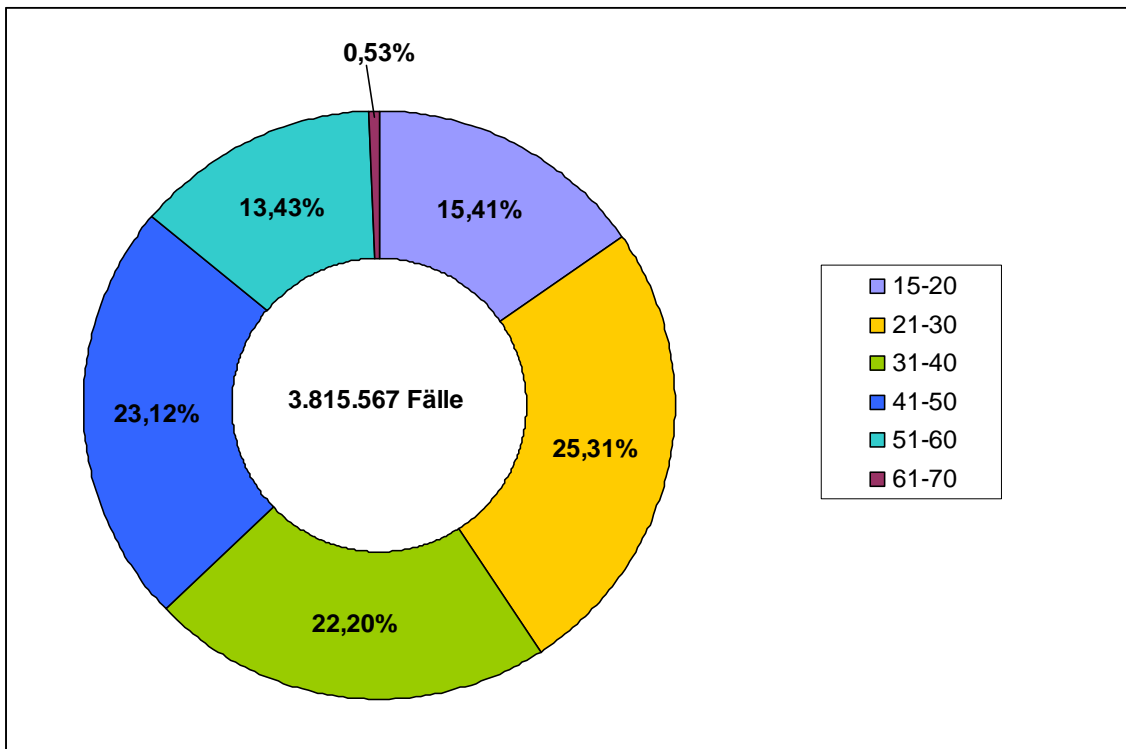
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 23: Verteilung der AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen auf die jeweiligen Altersgruppen, alle GKKs, 2009



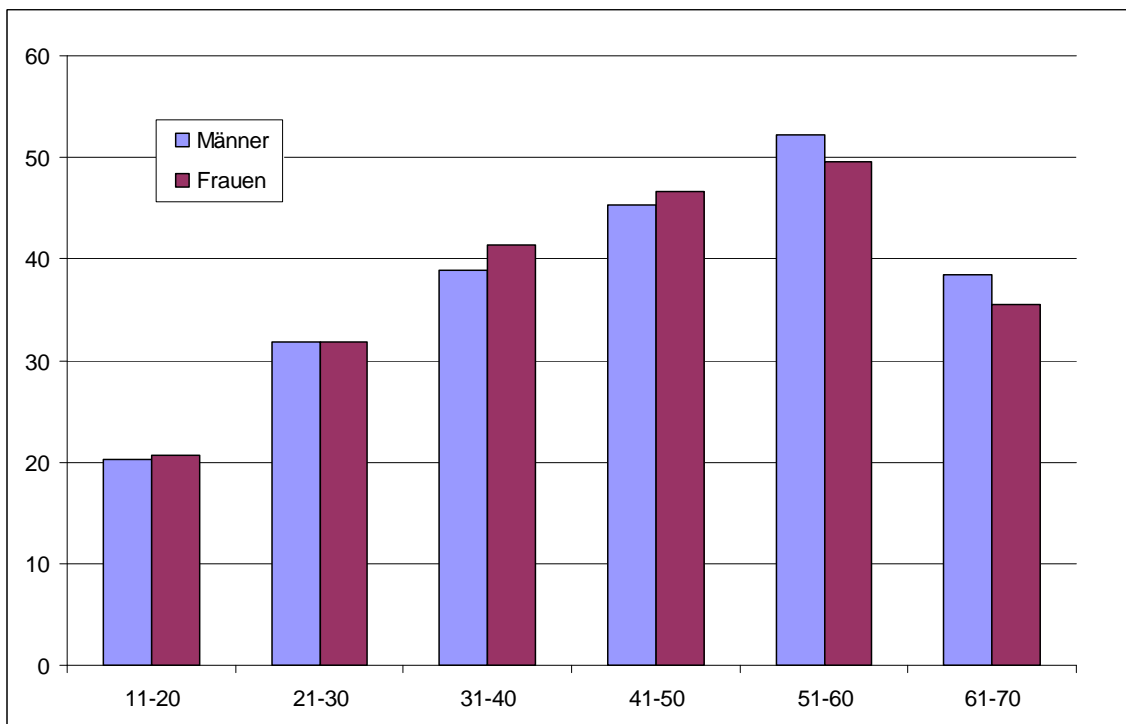
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 24: Verteilung der AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen auf die jeweiligen Altersgruppen, alle GKKs, 2009



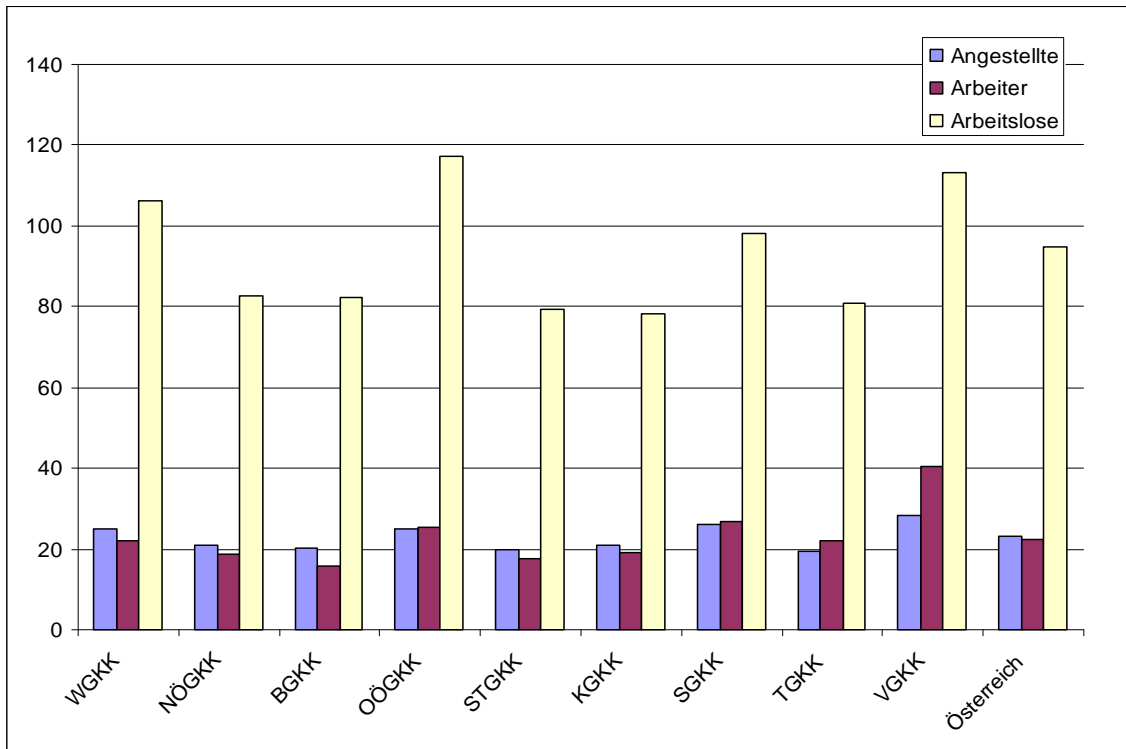
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 25: AU-Dauer pro Fall (in Tagen) bei psychischen Diagnosen in den jeweiligen Altersgruppen, alle Träger, 2009



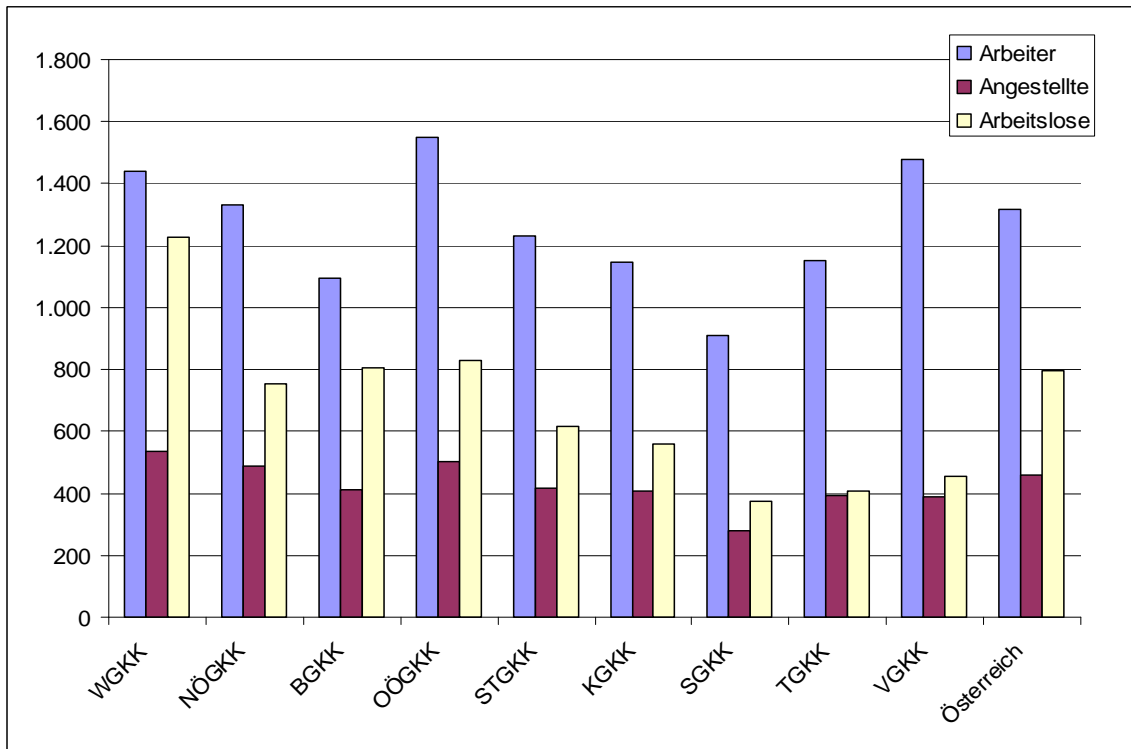
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 26: AU-Fälle aufgrund psychischer Diagnosen nach Erwerbsstatus, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



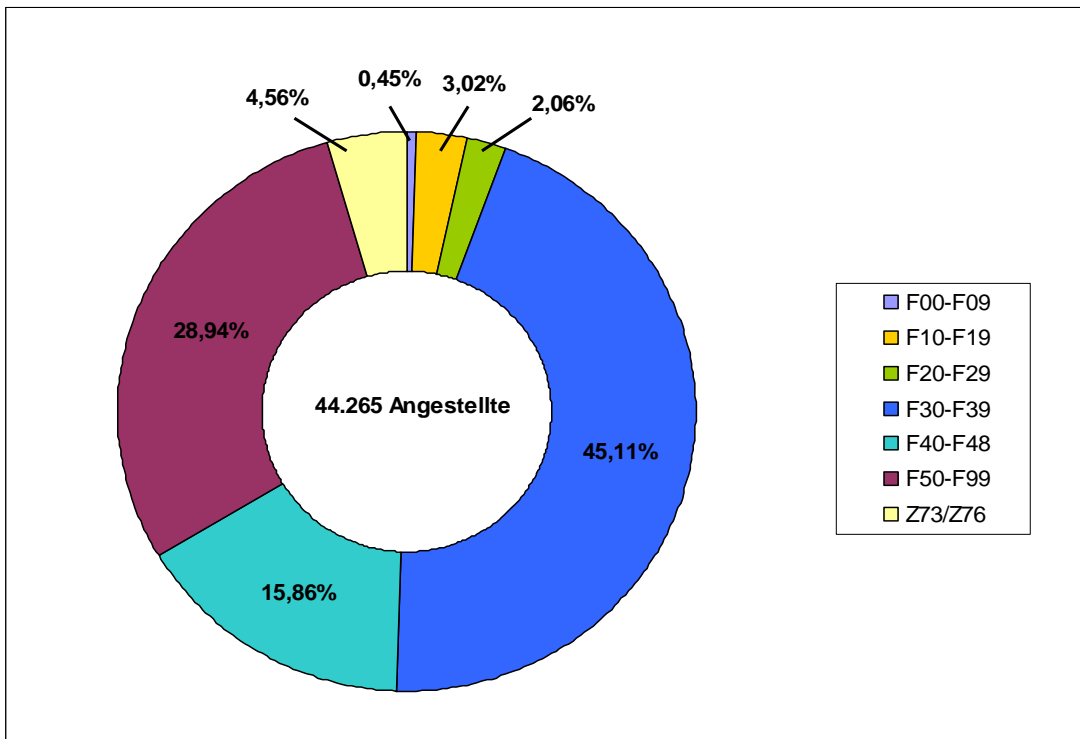
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 27: AU-Fälle aufgrund somatischer Diagnosen nach Erwerbsstatus, bezogen auf jeweils 1000 Anspruchsberechtigte, 2009



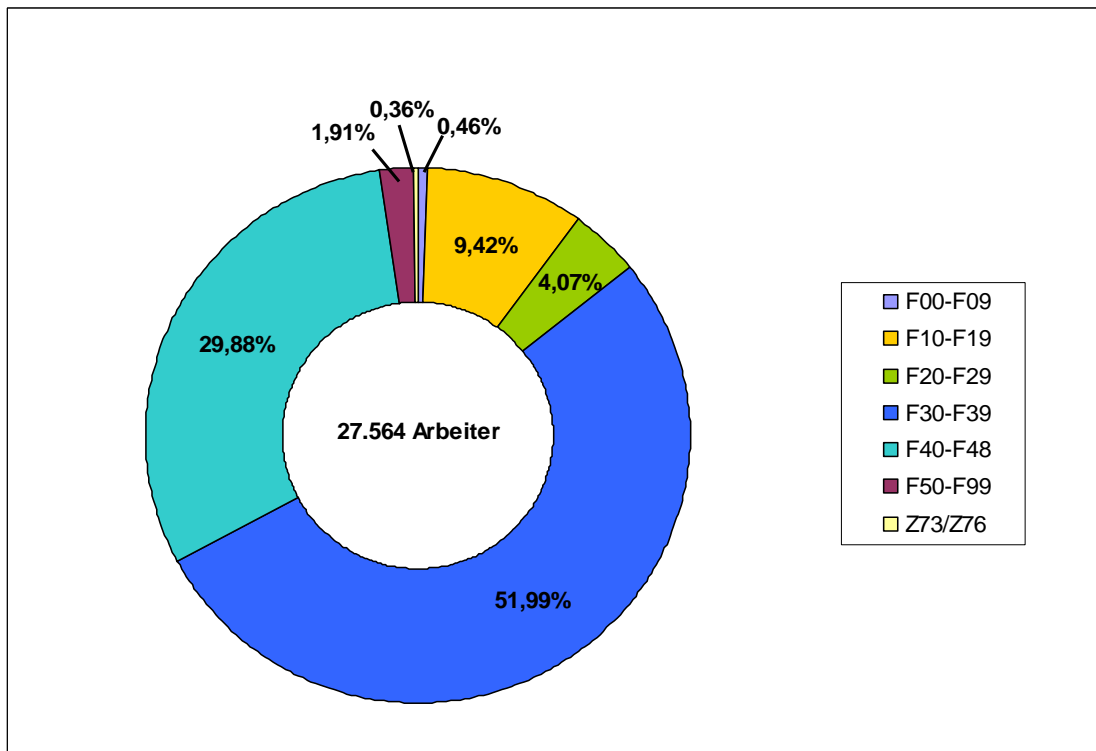
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 28: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Angestellten (Fälle), alle Träger, 2009



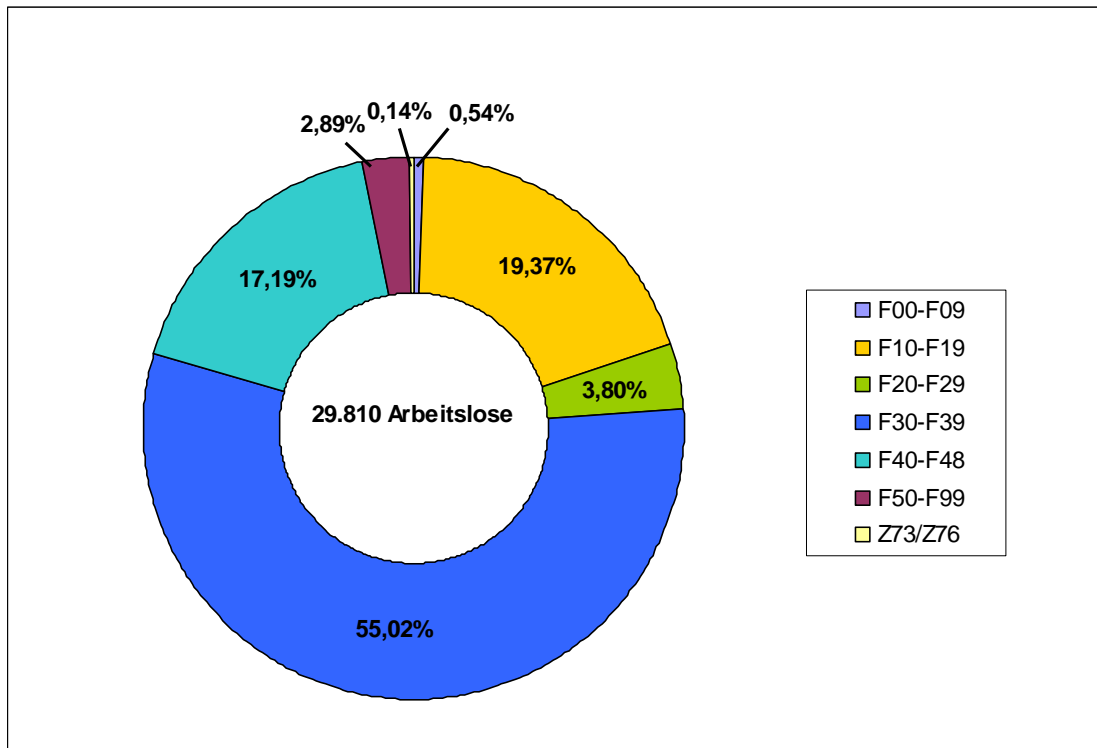
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 29: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Arbeitern (Fälle), alle Träger, 2009



Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Abb. 30: Anteile der einzelnen Diagnosegruppen bei den Arbeitslosen (Fälle), alle Träger, 2009



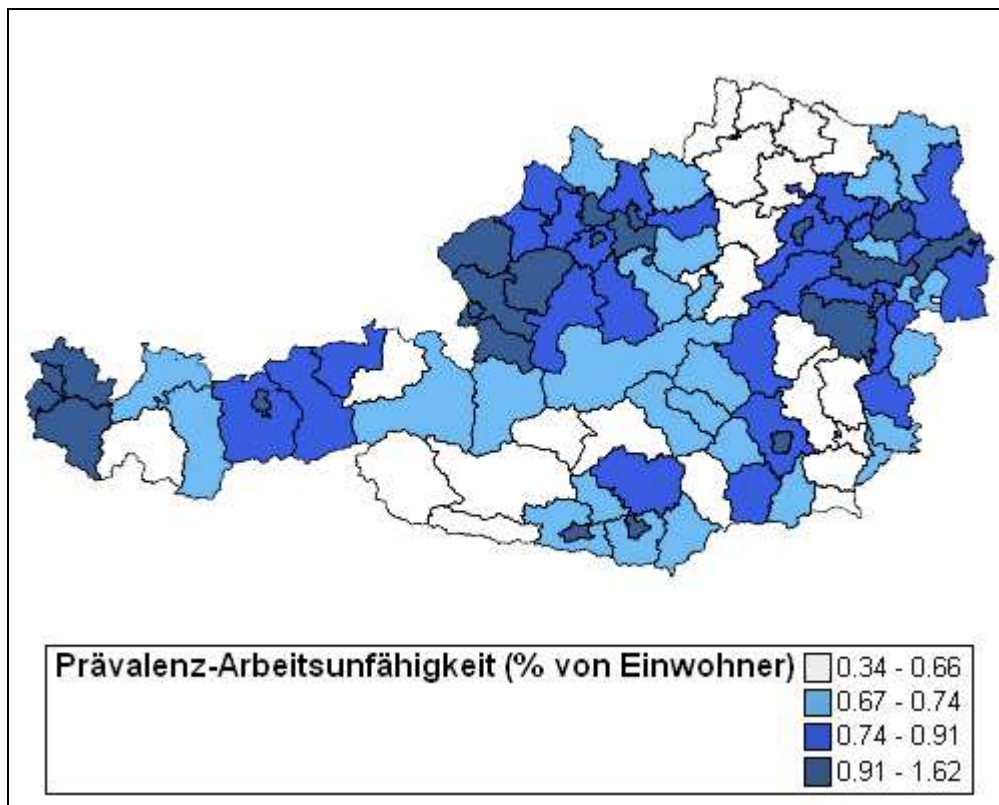
Quelle: eigene Darstellung nach LEICON (2010)

Tab. 2: Durchschnittliche AU-Dauer pro Fall bei somatischen und psychischen Diagnosen nach Erwerbstätigkeit, 2009

	Somatische Diagnosen			Psychische Diagnosen		
	Angestellte	Arbeiter	Arbeitslose	Angestellte	Arbeiter	Arbeitslose
WGKK	10,7	11,1	8,2	35,5	32,4	44,5
NÖGKK	12,2	13,0	8,1	45,2	41,0	60,0
BGKK	12,7	13,9	9,7	45,4	33,5	56,9
OÖGKK	9,6	10,5	5,5	39,6	32,0	47,7
StGKK	11,7	12,3	9,0	39,9	32,0	36,4
KGKK	12,1	12,6	9,2	34,8	30,0	36,4
SGKK	11,6	13,3	3,3	39,5	33,8	54,4
TGKK	10,9	11,9	2,4	44,8	42,5	62,9
VGKK	8,7	9,4	1,3	28,4	29,2	44,4
Österreich	10,9	11,7	7,3	39,2	34,0	49,3

Quelle: eigene Berechnung nach LEICON (2010)

Abb. 31: Patienten mit Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Diagnosen nach politischen Bezirken, in Prozent der Einwohner, 2009



Quelle: LEICON (2010)

1 Abgrenzungs- und Grundsatzfragen (Langfassung)

Im Rahmen einer Arbeitsgruppe von SV-internen Experten¹ 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 Experten² 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.

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

1.1.1 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

¹ **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)

² 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)

bestimmte individuelle Leistungsstandards eines Menschen und/oder seines Umfelds nicht erreicht werden, bedeutet dies noch nicht, dass eine krankheitswertige Störung vorliegt. Eine psychische 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 Langzeitpsychatriepatienten zu, bei denen keine Krankenbehandlung im sozialversicherungsrechtlichen Sinn, sondern nur noch eine psychosoziale Betreuung stattfindet.

1.1.2 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.

1.2 Abgrenzungen und Empfehlungen für konkrete Krankheitsbilder³

1.2.1 Belastungs– und Anpassungsstörungen

B&A sind Teil der Diagnosengruppe F40–F48 („Neurotische, Belastungs– und somatoforme Störungen“). Diese umfasst auch Phobien, Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Zwangsstörung, Dissoziative Störungen, diverse Somatoforme Störungen und die „Neurasthenie“

○ F 43.0 Akute Belastungsstörung

Kurzdarstellung des Störungsbildes:

Vorübergehende Störung bei einem sonst psychiatrisch gesunden Menschen ausgelöst durch psychische und/oder physische Belastungen. In den meisten Fällen spontanes Abklingen nach kurzer Zeit.

Symptome:

Psychische wie Unruhe, Angst, Bewusstseinsverengung, ...

Somatisch–vegetativ wie Herzfrequenzbeschleunigung, Blutdrucksteigerung, Schwitzen, ...

³ Aussagen über die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit eines allfälligen Therapieansatzes sind in diesen Beschreibungen nicht enthalten.

Abgrenzung – „Lebenskrise“ vs. Krankheitswertige Störung:

Dauer der Symptomatik (z.B. > 2 Wochen)

Schwere der Symptomatik (Hohe Wahrscheinlichkeit, dass ohne therapeutische Intervention eine Arbeitsunfähigkeit eintreten würde)

„Nicht Ausreichen der EIGENEN Bewältigungsstrategien (Kriterium ist nicht operationalisierbar)

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Therapie meist nicht notwendig

Indikation ggf. zur Verhinderung von Kurzschlusshandlungen

zur Vorbeugung der Entwicklung schwerwiegenderer Symptome

Entlastendes Gespräch (= Beratung oder Psychotherapie ?)

Kurzfristige Gabe von Tranquilizern oder Schlafanstoßende Antidepressiva

Sinnvolle Diagnosesteller:

Allgemeinmediziner

Sinnvolle Therapiepersonen:

Allgemeinmediziner

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Verhindern oder verkürzen von Funktionsbeeinträchtigung (z.B. Krankenstand)

Versorgungs-Aspekt:

Durch Allgemeinmediziner (prinzipiell) sichergestellt

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Keine (wenn AM tatsächlich tätig werden)

Besonderes Augenmerk sollte auf die Ausbildung der Ärzte gelegt werden

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention

Therapie kann ggf. Sekundärprävention sein

○ F 43.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Kurzdarstellung des Störungsbildes:

Schwere Störung. Verzögerte und protrahierte psychische Reaktion auf als „katastrophal“ einzustufendes Belastungsereignis. Typisch mit selbst oder für andere lebensbedrohendem Charakter oder dem Erleben völligen Ausgeliefertseins (z.B. schwere Unfälle, Verbrechen, Krieg, sexueller Missbrauch in der Kindheit)

Symptome:

Oft lange Zeit andauernd/chronisch, Flashbacks, verschiedenste Angstformen, Depression/Dysphorie, Bewusstseinsstörungen, schwere Störungen im Sozialverhalten, Reizbarkeit, Veränderungen der Persönlichkeit (z.B. „Emotional Instabile PS“), Selbstschädigungen, Aggressions- und Suizidrate erhöht
Somatisch-vegetative Störungen oft zusätzlich

Abgrenzung – „Lebenskrise“ vs. Krankheitswertige Störung:

Bei lege artis Diagnostik unproblematisch
Dauer und Schwere der Symptomatik und bekanntes Trauma

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Therapie meist notwendig
Indikation zur Symptomreduktion, Wiederherstellen der sozialen Funktionsfähigkeit
1. Psychotherapie
2. Keine etablierte kurative lege artis Pharmakotherapie, jedoch häufig symptomatischer Einsatz je nach Symptomlage indiziert und notwendig (AD, NL, PP, TRQ)

Sinnvolle Diagnosesteller:

Facharzt

Sinnvolle Therapiepersonen:

Psychotherapeut / FA mit spezifischer Erfahrung
Facharzt für Medikamente

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Verminderung, Besserung der Funktionsbeeinträchtigung
Spitalsaufenthalte vermindern (oft hohe psychiatrische Wiederaufnahmerate)

Versorgungs-Aspekt:

Derzeit zu wenig störungsorientierte Zuweisungspraxis zu Psychotherapie

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Störungsorientierte Zuweisungspraxis zur Psychotherapie verbessern.

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention möglich

○ F 43.2 Anpassungsstörung

Kurzdarstellung des Störungsbildes:

Länger andauernde Beschwerden einer akuten Belastungsreaktion oder Beschwerden durch andauernde Belastungsfaktoren (privat, beruflich etc.). Typischer Weise verschiedene Symptome aus den Bereichen Angst, Depression (ohne aber die Intensität dieser Störungsbilder zu erreichen) und Leistungsabfall (Verlust eines ausreichenden Funktionsniveaus).

Anmerkung: deckt zum Teil „Burn Out“ ab.

Anmerkung: Wenn Angst oder Depression die Schwerekriterien erfüllen > dort diagnostizieren.

Symptome:

Psychische wie Angst, Depression, Leistungsabfall, Störungen im Sozialverhalten
Somatisch-vegetative Symptome häufig

Abgrenzung – „Lebenskrise“ vs. krankheitswertige Störung:

Dauer und Schwere der Symptomatik (hohe Wahrscheinlichkeit, dass ohne therapeutische Intervention eine Arbeitsunfähigkeit eintreten würde)

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Therapienotwendigkeit bei Diagnostik zu klären

Oft: Änderung von Lebensstil und/oder Lebensumständen im Zentrum

Medikamentöse Therapie symptomatisch (AD)

Psychotherapie symptomatisch (und Lebensstiländerung)

Sinnvolle Diagnosesteller:

Allgemeinmediziner

Facharzt

Sinnvolle Therapiepersonen:

In Abhängigkeit von der Schwere

Allgemeinmediziner

Psychotherapeut

Facharzt

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Verhindern oder verkürzen von Funktionsbeeinträchtigung (z.B. Krankenstand)

Versorgungs-Aspekt:

Durch Allgemeinmediziner (prinzipiell) sichergestellt

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Keine (wenn AM tatsächlich tätig werden)

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention

Therapie kann ggf. Sekundärprävention sein.

1.2.2 Autismus

Autismus fällt in die Diagnosengruppe F 84 („Tiefgreifende Entwicklungsstörungen“), diese umfasst noch Rett-Syndrom (Entwicklungsstörung mit Beginn ab dem 7. Lebensmonat mit schwerer Intelligenzminderung) und Asperger-Syndrom (ähnlich Autismus mit psychotischen Episoden).

- F 84.0 Frühkindlicher Autismus
- F 84.1 Atypischer Autismus

Kurzdarstellung des Störungsbildes:

Schwere Störung. Qualitative Störung von Kommunikationsfähigkeit und sozialer Interaktionsfähigkeit, häufig stereotyp-repetitive Verhaltensweisen, oft Intelligenzminderung, impulsive Verhaltensweisen. Beginn im Kleinkindalter.

Symptome:

Im Vordergrund Verhaltensstörungen, Entwicklungsstörung,

Abgrenzung: Krankheitswertige Störung

Definitionsfrage

Zweifellos eine dauerhafte Behinderung

Krankheitswertig zweifellos bei ausgeprägten Verhaltens- und Interaktionsstörungen

(z.B. bei Selbst- und/oder Fremdaggression)

Zweifellos sind oft lebensbegleitend „Betreuungs- und Unterstützungsmaßnahmen“ notwendig, die jedoch i.d.R. die Sozialverwaltung treffen (Tagesbetreuung, Tagesstruktur, Fördermaßnahmen des Sozialverhaltens ...).

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Medikamentöse Therapie symptomatisch (AD)

Psychotherapie nicht primär indiziert, Zweifellos sind oft lebensbegleitend „Betreuungs- und Unterstützungsmaßnahmen“ notwendig, die jedoch i.d.R. die Sozialverwaltung treffen (Tagesbetreuung, Tagesstruktur, Fördermaßnahmen des Sozialverhaltens ...).

Sinnvolle Diagnosesteller:

wenn Symptomatisch

Allgemeinmediziner

Facharzt

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Verbesserung des Funktionsniveaus, ohne ökonomische Auswirkung

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Sinnvolle Therapiepersonen:

Im Rahmen von spezialisierten institutionell organisierten Angeboten

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention

1.2.3 Entwicklungsstörungen F80–F89 (Kurzdarstellung)

Hauptgruppen:

Sprachentwicklungsstörungen

Schulentwicklungsstörungen (Lesen, Schreiben ...)

Motorische Entwicklungsstörungen

Die Frage nach der Krankheitswertigkeit i.S. des ASVG – Krankheitsbegriffes ist für die Frage der Zuständigkeit der Kostentragung von notwendigen bzw. sinnvollen Unterstützungsmaßnahmen von primärer Relevanz.

Unter Anwendung dieses Krankheitsbegriffes ist durchaus argumentierbar, dass "Fördernde, Unterstützende, Stabilisierende Maßnahmen" nicht Teil der "Krankenbehandlung im engeren Sinne" sind.

Aus der Gesamtsicht ist festzustellen, dass Menschen mit Störungen der o.g. Gruppen von Maßnahmen unterschiedlichster Art (z.B. Logopädie, spezielle Ergotherapie, Sensorische Integration, "psychotherapeutische Interventionen i.w.S., "Musiktherapie",) sehr profitieren. Neben Verbesserung von Fertigkeiten und Lebensqualität können diese Maßnahmen auch teilweise die Progredienz der Störung bremsen oder verhindern, berufliche Möglichkeiten eröffnen, Wohnformen ohne oder nur mit geringem Betreuungsbedarf langfristig ermöglichen (vs. Heimunterbringung) etc. Der Einsatz solcher Maßnahmen ist als State of the Art anzusehen.

Die Stellungnahme des HV bzw. der KV-Träger darf nicht dabei aufhören, die "Nichtzuständigkeit der KV-Träger für die Finanzierung" solcher Maßnahmen zu formulieren. Vielmehr ist in geeigneter Form festzuhalten, dass die als State of the Art anzusehenden " nicht medizinischen Maßnahmen sinnvoll und notwendig sind und eine klare Zuständigkeit für deren Finanzierung von Seiten der Politik unumgänglich ist.

1.2.4 Kinder und Jugendliche

Die Diagnosengruppe F90 („Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“) umfasst:

F90 Hyperkinetische Störungen

F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen

F90.1 Hyperkinetische Störungen des Sozialverhaltens

F91 Störungen des Sozialverhaltens

F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

F93 Emotionale Störungen des Kindesalters

F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F95 Ticstörungen

F98 Andere: Enuresis, Encompresis, Fütterstörung, Pica, Stereotypien, Stottern, Poltern, Daumenlutschen, Nägelkauen, Exzessive Masturbation, Nasebohren

Zusammenfassung:

Die Störungsbilder sind nicht selten als krankheitswertig einzustufen. Sie sind dann sowohl symptomatisch als auch diagnostisch und therapeutisch komplex.

Neben (oder vorgelagert vielleicht schon ausreichend) klar krankheitsspezifischen Therapieanforderungen bestehen in den meisten Fällen auch Notwendigkeiten für andere Betreuungs- und Förderungsmaßnahmen, in praktisch allen Fällen auch die Notwendigkeit der Einbeziehung des Umfeldes (Eltern, Geschwister etc.), Koordinationsaufgaben (z.B. mit Jugendwohlfahrt, Schulen etc), sozialarbeiterische Aufgaben etc.

Eine optimale Diagnostik, Therapie und Betreuung ist aus Sicht von Prim. Dr. Dantendorfer nur im Rahmen von institutionellen Angeboten (Ambulatorien, ggf. mit Außenstellen, Hausbesuchen etc.) mit multiprofessionellen Teams möglich.

Die nicht den Leistungsbereich der KV betreffenden Leistungen (Sozialarbeit, Vernetzung mit Jugendwohlfahrt, Schulische Maßnahmen, Pädagogische) dieser Ambulatorien (oder „Zentren für Kinder- und Jugendgesundheit“) müssen durch die dafür zuständigen Stellen (Sozialabteilungen etc.) im Rahmen einer Mischfinanzierung aufgebracht werden.

Es sei ausdrücklich auf das „Modell Burgenland“ in Eisenstadt als erfolgreiches Pilotprojekt hingewiesen.

Ökonomie-Aspekt:

Auch aus ökonomischer Sicht gibt es keine sinnvollen Alternativen zu „Ambulatorien“.

Notwendiger Aufbau der Versorgungsstrukturen:

Ambulatorien mit Außenstellen und nachgehenden Angeboten

1.2.5 Anhaltende affektive Störungen F 34

Hauptsymptome:

Veränderung der Stimmung, der Affektivität und des Antriebs oft begleitet von Angstsymptomen; Häufig können Auslöser für die Symptomatik gefunden werden.

Zyklothymie F 34.0

Hierbei handelt es sich um eine andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden von Depression und leicht gehobener Stimmung (Hypomanie), von denen aber keine ausreichend schwer und anhaltend genug ist, um die Kriterien für eine bipolare affektive Störung oder rezidivierende depressive Störung zu erfüllen.

Dysthymie F 34.1

Hierbei handelt es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen.

Abgrenzung – „Lebenskrise“ vs. Krankheitswertige Störung:

die Symptomatik besteht seit mehr als einem Jahr

da sie häufig den größeren Teil des Erwachsenenlebens, andauern, ziehen sie beträchtliches subjektives Leiden und Beeinträchtigungen nach sich

Gelegentlich können rezidivierende oder einzelne manische oder depressive Episoden eine anhaltende affektive Störung überlagern.

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Therapie ggf. zur Vorbeugung der Entwicklung schwererer Symptome, zur Entwicklung von Bewältigungsstrategien;

Sinnvolle Diagnosesteller:

entsprechend geschulter Allgemeinmediziner, Facharzt;

Sinnvolle Therapiepersonen:

Psychotherapeut / FA mit spezifischer Erfahrung
Facharzt für Medikamente

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Verminderung, Besserung der Funktionsbeeinträchtigung

Versorgungs-Aspekt:

störungsorientierte Zuweisung;

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Störungsorientierte Zuweisungspraxis zu PT verbessern.

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention möglich

1.2.6 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

o Essstörungen

Anorexia nervosa F 50.0

Durch einen absichtlich selbst herbeigeführten oder aufrechterhaltenen Gewichtsverlust charakterisiert. Die Krankheit ist mit einer spezifischen Psychopathologie verbunden. Es besteht Angst vor einem dicken oder schlaffen Körper, Körperschemastörung; Zu den Hauptsymptomen gehören neben der Unterernährung, übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen und Abführen und der Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika.

Bulimia nervosa F 50.2

Ein Wechsel von Essanfällen und Erbrechen meist auch der Missbrauch von Abführmitteln. In der Anamnese oft frühere Episode einer Anorexia nervosa.

Abgrenzung – „Lebenskrise“ vs. Krankheitswertige Störung:

Schwere der Störung, das Auftreten von körperlichen Folgeschäden

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Therapienotwendigkeit ist bei Diagnosestellung gegeben
spezifische Psychotherapie für Essstörungen

Sinnvolle Diagnosesteller:

Facharzt

Sinnvolle Therapiepersonen:

Facharzt

Psychotherapeut mit besonderer Ausbildung

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

verkürzen von unter Umständen Jahre dauernder Erkrankung, eventuell lebensbedrohlich;

Versorgungs-Aspekt:

durch spezielle Therapieeinrichtungen

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

mehr spezialisierte stationäre und ambulante Einrichtungen

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

in Schulen, erste Ansätze bereits gegeben;

1.2.7 Langzeitpatienten

Hier handelt es sich in der Regel um chronisch psychiatrisch Kranke meist mit Diagnosen aus dem Formenkreis der Schizophrenie die bereits Defekte (Residuen) entwickelt haben, oder mit schweren bipolaren Störungen. Diese Patienten sind in der Regel Frühpensionisten.

Symptome:

Im Vordergrund stehen mangelnde soziale Kompetenz bzw. Integration und Verhaltensstörungen/auffälligkeiten;

Abgrenzung: Krankheitswertige Störung:

Die Erkrankung stellt eine beträchtliche Behinderung dar

Meist ist eine lebensbegleitende „Betreuung und Stützung“ erforderlich.

Therapeutische Interventionen und Therapieziele:

Medikamentöse Therapie je nach Grunderkrankung

Psychotherapie im Sinne einer Therapie mit wöchentlichen oder 14 tägigen 50-Minuten Sitzungen stellt in der Regel eine Überforderung des Patienten dar. Hier wären zwar häufige aber kurze (ca. 10 Minuten Sitzungen) als begleitende Betreuung und Kontrolle indiziert. Dies würde aber meist lebensbegleitend erforderlich sein.

Sinnvolle Diagnosesteller:

Facharzt

Behandlungsziel (nach § 133 Abs. 2 ASVG):

Erhaltung des Funktionsniveaus, rechtzeitiges Erkennen von Verschlechterung, Erhaltung und Aufbau der Compliance ohne ökonomische Auswirkung

Notwendige Veränderungen der Versorgungsstrukturen:

Sinnvolle Kurzinterventionen, ggf. beim Facharzt oder z.B. beim psychosozialen Dienst

Präventionsmaßnahmen möglich / sinnvoll ?:

Keine Primärprävention

1.3 Einschätzung des (Behandlungs-)Bedarfs

Bei der Versorgung von psychisch Erkrankten ist es vor allem der Bereich der Psychotherapie, bei dem es eine unterschiedliche Einschätzung des Behandlungsbedarfs unter den Experten, Institutionen und Funktionären von Berufsvertretungen gibt.

Während der Hauptverband von einem Therapiebedarf für 0,6 – 0,7% der Bevölkerung ausgeht⁴, haben nach Einschätzungen von Berufsvertretungen mehr als 5% der Versicherten einen Therapiebedarf⁵. Nach dem österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) beträgt der geschätzte Psychotherapiebedarf 2,1 Prozent der Gesamtbevölkerung.⁶

Von Seiten der Sozialversicherung ist festzustellen, dass die Nachfrage nach Psychotherapie in den letzten Jahren im Steigen ist. Dies wird vor allem auch darauf zurückgeführt, dass es einerseits ein dementsprechend größer werdendes Angebot an Psychotherapie gibt und andererseits auch die Akzeptanz von Psychotherapie in der Bevölkerung gestiegen ist. Während Psychotherapie lange Zeit ein Tabuthema war, ist dies heute weniger der Fall. Dies zeigt sich bei den Krankenversicherungsträgern daran, dass immer mehr Versicherte bezüglich Psychotherapie anfragen und selbstbewusst Forderungen stellen und dabei auch ganz offen über dieses Thema sprechen.

Allgemein wird seitens der SV-Experten davon ausgegangen, dass es auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen gibt, die den Bedarf an Psychotherapie steigen zu lassen scheinen:

- Vereinzelung der Menschen
- Steigender Druck im Arbeitsleben
- Steigender genereller Leistungsdruck
- Erhöhte Forderung nach Mobilität
- Leitbild des perfekten Menschen, der jung, gesund und leistungsfähig zu sein hat

Aus Sicht von externen Experten besteht ein Handlungsbedarf (Psychotherapie und andere Formen der Betreuung) vor allem in folgenden Bereichen:

- Kinder
- Jugendliche

⁴ Vgl. Scholz, Psychotherapeutische Krankenbehandlung, SozSi 1999, 995

⁵ Vgl. Kletter, Psychotherapie – Abwege oder Umwege zur Erfüllung des Versorgungsauftrages?, SozSi 2008, 250

⁶ Vgl. ÖBIG, Bedarf und Angebot an Psychotherapie (2002) sowie Psychotherapie auf Krankenschein (Stand 2005), 26

- Alte Menschen
- Essstörungen
- Suchtstörungen
- Arbeitsplatzbezogene Störungen (Burn Out)
- Psychosomatik

1.4 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.