

Dr. Heinz Hollaus:

Das psychotherapeutische Sachleistungsmodell in Tirol

Nachdem mit der 50. ASVG-Novelle ab 1. Jänner 1992 die Psychotherapie als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt wurde, hat der Hauptverband mit dem Bundesverband der österreichischen Psychotherapeuten Gesamtvertragsverhandlungen aufgenommen. Nach deren Scheitern wurden die Kassen aufgefordert, in ihrem Zuständigkeitsbereich eine Sachleistungsversorgung in der Psychotherapie aufzubauen. Mit diesem Auftrag war die Vorgabe verbunden, keinen Vertrag mit dem Landesverband der Psychotherapeuten abzuschließen, außerdem sollte die Vergütung pro Psychotherapieeinheit jenen Betrag nicht überschreiten, der zuletzt als gesamtvertragliche Vergütung vorgesehen war. Mit dem damaligen Vorsitzenden des Landesverbandes der Tiroler Psychotherapeuten, Dr. Harald Meller, wurden daher Gespräche aufgenommen und seit 1.4.1994 ist ein Vertrag zur tirolweiten Bereitstellung psychotherapeutischer Leistungen mit einem Verein des Landesverbandes abgeschlossen. Längst hat sich Dr. Meller als Vereinsobmann aus dem Landesverband zurückgezogen, sodass eine klare Trennung zwischen dem Landesverband der Tiroler Psychotherapeuten und dem Vertragspartner der Kasse besteht.

Der Vertragspartner erbringt nicht nur über derzeit 280 anerkannte Psychotherapeuten die Therapien, sondern stellt auch die Begutachtung über zwei Kommissionen sicher. Diese Kommissionen sind mit drei bis fünf Psychotherapeuten besetzt, den Vorsitz in der Gutachterkommission führt jeweils ein Facharzt für Psychiatrie, der zudem anerkannter Psychotherapeut ist. Alle Mitglieder der Kommission müssen über eine mehrjährige Berufspraxis und über eine entsprechende Erfahrung in klinischer Psychiatrie verfügen.

Für die Bewilligung einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf es eines Behandlungsantrages des behandelnden Psychotherapeuten. Der Therapeut hat die Anamnese durchzuführen, eine Diagnose zu erstellen und dabei die Beurteilung des Gesamtzustandes des Patienten anhand des DSM 4 (diagnostisch-statistisches Manual, 4. Auflage) vorzunehmen. Im DSM 4 wird der Patient auf 5 Achsen beurteilt (klinische Syndrome, Persönlichkeitsstörung, organische Krankheitsfaktoren, aktuelle umgebungsbedingte Probleme sowie globale Erfassung des Funktionsniveaus der Einschränkung). Auf der Basis des Behandlungsantrages mit DSM 4 entscheidet die Gutachterkommission nicht nur über die Behandlungsnotwendigkeit sondern auch über die Behandlungsdauer. Der Kassen-Chefarzt ist berechtigt an den Sitzungen der Gutachterkommission teilzunehmen.

Der Vertrag regelt die Behandlung von Patienten mit schweren und schwersten Störungen. Dafür wird ein Pauschalbetrag von EUR 145,35 bzw. EUR 290,69 pro Behandlungsmonat an den Vertragspartner überwiesen. Für die Begutachtung wird ein Pauschalbetrag von EUR 220,00 pro Behandlungsfall bezahlt, wobei für die Anamnese im Rahmen des DSM 4 der Therapeut bis zu 5 Stunden mit dem Verein abrechnen kann. Für die Behandlung schwerer und schwerster psychischer Störungen sind über diese Vereinslösung von der Kasse im Jahre 2006 EUR 2.404.000,00 und für Begutachtungen EUR 151.360,00 bezahlt worden. Wegen der BSC-Vorgaben ist das Abrechnungsvolumen des Vereins für psychotherapeutische Versorgung gedeckelt. Pro Kalenderjahr werden ca. 1.000 Patienten über diese Vertragsregelung einer psychotherapeutischen Behandlung zugeführt, wobei eine durchschnittliche Versorgungsfrequenz von 1,3 Sitzungen pro Woche und Patient erreicht wird. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt ca. 14 Monate, diese Durchschnittswerte entsprechen internationalen Versorgungsdurchschnittswerten. Wenn alle Patienten, die an schweren und schwersten psychischen Störungen leiden, in das Sachleistungsmodell ohne Wartezeit aufgenommen werden sollten, würde der Aufwand um ca. 50 % steigen. Wenn auch mittlere Fälle psychischer und psychosomatischer Störungen über das Sachleistungsmodell abgewickelt würden, müsste der Jahresgesamtaufwand um 100 % erhöht werden. Patienten mit mittleren psychischen Störungen nehmen Therapien über das Kostenzuschussmodell vorwiegend in Anspruch. Natürlich besteht die Gefahr, dass sich sozial schwächere Klienten die doch beträchtlichen Zuzahlungen nicht leisten können und zu schweren psychischen Behandlungsfällen werden. Diese werden dann bevorzugt in das Sachleistungsmodell übernommen. Wenngleich für die Versorgung der Patienten die Bereitstellung von mehr Mitteln sinnvoll wäre, lassen die BSC-Vorgaben eine zusätzliche Dotierung dieses Leistungsbereiches derzeit nur sehr eingeschränkt zu. Im Jahresvoranschlag 2008 und in der Gebarungsvorschau für 2009 und 2010 sind – inklusive Frequenzsteigerungen – ein Zuwachs von 1 % für den gesamten Bereich der Psychotherapie budgetiert. Da die Kostenzuschüsse für psychotherapeutische Behandlungen stagnieren, im Jahre 2005 sogar leicht zurückgegangen sind, kann davon ausgegangen werden, dass die zusätzlichen Budgetmittel dem Sachleistungsmodell zufließen. In der Vertragspartneranalyse des Hauptverbandes wird im Kopfquotenvergleich der Leistungen durch Psychotherapeuten für das Jahr 2006 für alle Gebietskrankenkassen ein Aufwand von EUR 3,67 ausgewiesen, in Tirol liegt dieser Wert bei EUR 6,32. Bei der TGKK fließen ca. vier Fünftel des Gesamtaufwandes für Psychotherapie in das Sachleistungsmodell und lediglich ein Fünftel wird als Kostenzuschuss für Leistungen von Wahlbehandlern vergütet.

Das Tiroler Modell zur psychotherapeutischen Versorgung ist als Versuch zu sehen, einen tauglichen Kompromiss zwischen Behandlungsbedürfnissen der betroffenen Personen, den unterschiedlichen theoretischen und praktischen Ansätzen der verschiedenen Psychotherapieschulen und der gesetzlichen Vorgabe nach notwendiger, zweckmäßiger und ausreichender Gestaltung der Sachleistung zu finden. Im Laufe des nun 14 Jahre bestehenden Vertragsverhältnisses sind einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern sinnvolle und notwendige Regelungen getroffen worden, die alle dem Ziel einer möglichst patienten- und bedürfnisorientierten Versorgung entspringen. So ist z.B. für Psychotherapeuten je nach beruflicher Situation (ausschließlich freie Praxis, Teilzeitbeschäftigung bzw. volles Beschäftigungsverhältnis) die Anzahl der über das Sachleistungsmodell verrechenbaren Patienten gestaffelt worden. Die abgehaltenen Sitzungen müssen durch Patient und Therapeut genau dokumentiert werden, nach Beendigung der Therapie wurde die Möglichkeit eröffnet, noch einige Stützungsstunden oder Krisenkurzinterventionsstunden ohne neuerlichen Antrag bei der Gutachterkommission durchführen und abrechnen zu können.

Für zwei Patientengruppen wurde innerhalb des Tiroler Modells in den letzten fünf Jahren ein zusätzliches Behandlungskontingent von jeweils 20 Versorgungsplätzen pro Jahr geschaffen. Auf diese Weise können Behandlungsanträge für Migranten und Asylanten, die in Betreuung durch den Verein ANKYRA sind, zusätzlich einer Fachgutachterin vorgelegt werden, die einerseits mit der Arbeit an traumatisierten Patienten und andererseits mit Psychotherapie über Dolmetscher vertraut ist. Die Auswahl der behandelnden Psychotherapeuten und deren spezifische, fachliche Qualifikation wird vom Verein ANKYRA getragen. Für Patienten, die eine sozial-psychiatrische Rehabilitationsmaßnahme durch eine dazu befugte Institution in Anspruch nehmen und bei denen gleichzeitig Psychotherapie über das Tiroler Sachleistungsmodell indiziert ist, kann für die Koordination ein sogenannter „Vernetzungsbeitrag“ durch den Psychotherapeuten abgerechnet werden.

Um einen Einblick in die konkrete Praxis eines Versorgungsvorganges zu ermöglichen wird im Folgenden eine kurze Beschreibung eines möglichen Ablaufes gegeben:

1. Ein Patient nimmt Kontakt auf mit einer am Modell mitarbeitenden Psychotherapeutin.
2. Die Psychotherapeutin hält bis zu fünf Sitzungen mit dem Patienten ab.
3. Wenn sie die für die Antrags- und Diagnosestellung notwendigen Informationen gesammelt hat, reicht die Psychotherapeutin den Antrag bei der Geschäftsstelle der Gesellschaft ein.

4. Dieser wird dann in anonymisierter Form einer Gutachterkommission vorgelegt. Als personenbezogene Daten stehen der Kommission lediglich das Geburtsjahr und das Geschlecht des Patienten sowie die Therapierichtung und das Geschlecht der Therapeutin zur Verfügung.
5. Die Kommission entscheidet gemeinsam über die Befürwortung des Antrags (Kalendermonate, nicht Therapiemonate) sowie Frequenz der Sitzungen.
6. Die Kasse erhält nach erfolgter Begutachtung eine Mitteilung der Gesellschaft mit Namen, Adresse und Versicherungsnummer des Patienten sowie Therapiedauer und Behandlungsgruppe (schwere bzw. schwerste psychische Störung), gleichzeitig wird die Begutachtungspauschale in Rechnung gestellt.
7. Die Therapeutin erhält ebenfalls eine Nachricht über das Ergebnis der Begutachtung und kann ab dem Bewilligungsdatum die Psychotherapiestunden monatlich mit der Gesellschaft verrechnen. Sie schickt dazu am Monatsende für den jeweiligen Patienten ein vollständig ausgefülltes Abrechnungsformular mit dem Sitzungsdatum, Anzahl der Einheiten, Unterschrift des Patienten und der Therapeutin an die Gesellschaft.
8. Für die Stunden, die vor der Antragsstellung notwendig waren, können von der Therapeutin maximal fünf Antragsstunden in Rechnung gestellt werden, die mit dem Leistungsträger nicht extra verrechnet werden.
9. Bei der Kasse wird jeweils mit 15. des Folgemonats eine Sammelrechnung für alle Behandlungspauschalen eingereicht. Damit für einen Patienten das Behandlungspauschale zur Verrechnung kommt, müssen in dem jeweiligen Kalendermonat 50 % der von der Kommission bewilligten Stunden durchgeführt worden sein.
10. Nach Ablauf der bewilligten Monate kann von der Therapeutin, wenn notwendig, ein Verlängerungsantrag gestellt werden. Dieser wird nach demselben Modus wie der Erstantrag bearbeitet.
11. Der Krankenkasse wird die neuerliche Begutachtung mitgeteilt, es wird jedoch kein Begutachtungspauschale mehr verrechnet.
12. Nach Beendigung der Therapie meldet die Therapeutin ihren Patienten in der Geschäftsstelle ab und schickt einen Evaluierungsbogen an die Gesellschaft.
13. Der Patient kann bei Bedarf nach abgelaufener Therapie sieben Einheiten als Stützungsstunden mit seiner Therapeutin vereinbaren. Diese werden von der Therapeutin in gleicher Weise wie die Antrags- und Monatsstunden mit der Gesellschaft verrechnet. Eine Verrechnung dieser Stützungsstunden mit der Krankenkasse erfolgt nicht.
14. Ist die Therapie bereits länger beendet und sind auch die Stützungsstunden seit mindestens neun Monaten abgeschlossen, können für diesen Patienten bei Bedarf (ausgelöst etwa durch eine aktuelle Lebenskrise) noch drei Kurzinterventionsstunden beantragt werden. Die Therapeutin stellt in diesem Fall

einen „Antrag auf Kurzintervention“, der wiederum in anonymisierter Form der Kommission vorgelegt wird. Bei erfolgter Bewilligung können drei Stunden verrechnet werden. Auch diese werden nicht mit der Kasse verrechnet.

Dem Vertrag zwischen der Tiroler Gebietskrankenkasse und dem Verein für psychotherapeutische Versorgung Tirols sind auch die SVA der Bauern und die VA öffentlich Bediensteter beigetreten.