

Psychische Versorgung neu denken

Herausforderungen, Versorgungslücken
und Reformansätze für Tirol und Österreich



Liam Moser

Juli 2026



Inhaltsverzeichnis

Psychische Versorgung in Tirol & Österreich

Ausgangslage	1
Menschliche Folgen	1
Konkrete Zahlen & realistische Berechnungen	1
Internationale Vergleichsmodelle	2
Gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen	2
Mögliche Reformansätze	2
Modellvorschlag PRISMA	3

Das PRISMA – Modell (Priorität vor Wartezeit)

Standardisiertes Clearing mit digitalem Zugang	4
Die Vier Prioritätsstufen	4
Punktesystem zur fairen Priorisierung	5
Dynamisches System (Re-Evaluation)	5
Freie Patientenwahl	6
Kontinuierliche Begleitung statt passiver Warteliste	6
Fairness	7
Finanzielle und strukturelle Einordnung	7
Umsetzung über Pilotprojekt	7

Pilotprojekt zur Erprobung des PRISMA-Versorgungssystems in Tirol

Vorteile eines Pilotprojektes	8
Die 3 Phasen	8
Messgrößen	9
Mögliche Partner	9
Ziel	9

Prävention, Frühintervention und strategischer Ausbau der psychischen Versorgung

Erkrankungen vorbeugen	10
Frühzeitig unterstützen	10
Ambulante Versorgung stärken	10
Strategischer Ausbau der Versorgung	10

Langfristige Weiterentwicklung der psychischen Versorgung

Versorgungssteuerung.....	11
Gesetzliche Rahmenbedingungen.....	11
Rahmenbedingungen für Fachkräfte	12
Bildung, Ausbildung und Berufseinstieg.....	12
Prävention und Früherkennung	13
Ausbau ambulanter Angebote	13
Daten, Qualität und Forschung.....	14

Innovative evidenzbasierte Behandlungsformen

Ziel, Beispiele, Voraussetzungen, Vorteile.....	15
---	----

Anpassung des §133 ASVG

Ausgangslage, Ziel und mögliche Anpassung	16
Begründung	17
Erwartete Auswirkungen	18

Konkrete Anliegen an das Land Tirol

Pilotprojekt Prisma.....	19
Strategische Weiterentwicklung der psychischen Versorgung.....	19
Ambulante und gemeindenahe Angebote ausbauen	19
Prävention und Früherkennung	19
Rahmenbedingungen für Fachkräfte	19
Innovation und Evaluation	20
Prüfung §133 ASVG auf Bundesebene	20

Peer-Arbeit und Ausbildung

Zentrale Anliegen.....	21
Ausbildung und Finanzierung	22
Nutzen für die Versorgung	22

Psychische Versorgung in Tirol & Österreich

1. Ausgangslage

- Steigender Bedarf an Versorgung bei psychischen Erkrankungen (besonders seit der Pandemie)
- Lange Wartezeiten auf vollständig kassenfinanzierte Therapieplätze (12-16 Monate!!!)
- DEUTLICH zu wenige kassenfinanzierte Angebote/Therapieplätze
- Hohe Privatkosten, finanzielle Notlagen
- Personalmangel vor allem in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiater im niedergelassenen Bereich auf Kassenbasis
- Regionale Versorgungslücken besonders außerhalb größerer Städte

1.352 Suizide im Jahr 2025 lt. Statistik Austria

Dies ist die **zweithäufigste Todesursache** bei **jungen Erwachsenen im Alter von 10-39 Jahren** (1. Krebserkrankungen, 3. Tödliche Verkehrsunfälle)

2. Menschliche Folgen

- Monate- bzw. jahrelange Wartezeiten trotz akuter Belastung
- Gefühl, nicht ernst genommen zu werden
- Vertrauensverlust in das System
- Chronifizierung durch zu spätes Eingreifen
- Stationäre Aufenthalte
- Arbeitsverlust und soziale Isolation
- Vorwürfe & Druck seitens Ämter, Arbeitgebern, Sozialversicherungen, etc.

3. Konkrete Zahlen & realistische Berechnungen*

Österreich

Geschätzter jährlicher Bedarf: ca. 830.000 Menschen pro Jahr

Vollfinanzierte Therapieplätze: ca. 90.000 Menschen pro Jahr

Klinisch psychologische Vollfinanzierung: ca. 12.000-24.000 Menschen pro Jahr

DEFIZIT: ca. 720.000 Menschen pro Jahr ohne Hilfe/Teilzahler/Selbstzahler

Tirol

Geschätzter jährlicher Bedarf: ca. 69.300 Menschen pro Jahr

Vollfinanzierte Therapieplätze ca. 5.000 Menschen pro Jahr

Klinisch-psychologische Vollfinanzierung: ca. 1.000-2.000 Menschen pro Jahr

DEFIZIT: ca. 63.000 Menschen ohne Hilfe/Teilzahler/Selbstzahler

*Quelle: Gesundheit Österreich GmbH (GÖG): Versorgungslage und zukünftiger Bedarf im Bereich Psychotherapie – Grobkalkulation (2023) sowie GÖG: Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung (2025). Grundlage der Berechnung ist ein geschätzter Behandlungsbedarf von 9% der Bevölkerung

4. Internationale Vergleichsmodelle

NIEDERLANDE

VOLL INTEGRIERTE KASSENLEISTUNG, Fokus auf Prävention (weniger Chronifizierung), niederschwelliger Zugang über Hausarzt, gestuftes Versorgungssystem mit Basis- und Spezialversorgung

Fazit: Psychotherapie als regulärer Bestandteil der Krankenversicherung

DÄNEMARK

ÖFFENTLICH FINANZIERTE VERSORGUNG, niederschwelliger Zugang über Hausarzt, der Großteil der Kosten wird vom Staat übernommen

Fazit: Dänemark zählt zu den führenden Gesundheitssystemen in Europa, insbesondere durch seine starke Primärversorgung, die hohe Digitalisierung der öffentlichen Finanzierung (**internationales Vorbild**)

GB/UK (IAPT)

Niederschwelliges Versorgungsprogramm, Selbstanmeldung oder Überweisung, gestufte Versorgung mit nationalen Qualitäts- und Wartezeitstandards

Fazit: Aktive Steuerung des Zugangs mit klaren Versorgungszielen

Ableitend für Österreich:

- Mehr vollfinanzierte Therapieplätze
- Früherer Zugang statt monatelanger Wartezeit
- Einheitliche Steuerung über Hausärzte bzw. einheitliche digitale Anlaufstelle
- Gestuftes Versorgungssystem (niederschwellige Ersteinschätzung -> Beratung -> Klinisch-psychologische Abklärung -> Psychotherapie -> Facharzt -> Klinik)
- Klare Qualitäts- und Wartezeitziele

5. Gesellschaftliche und wirtschaftliche Folgen

- Steigende Krankenstände
- Arbeitsausfälle & Frühpensionierungen
- Stationäre Aufenthalte (größter Kostenpunkt!!!)
- Finanzielle Notlagen bei Betroffenen

6. Mögliche Reformansätze

- Niederschwelliger Zugang über Hausärzte (inkl. Fortbildung und Sensibilisierung zum Thema psychische Gesundheit)
- Ausbau kassenfinanzierter Plätze
- Gestufte Versorgungssysteme
- Umschichtung der Kosten von den stationären in den ambulanten Bereich
- Bessere regionale Erreichbarkeit (besonders ländliche Gegenden)

7. Modellvorschlag PRISMA

- Früherer Zugang statt später Eskalation
- Gestufte Versorgung
- Niederschwelliger Zugang
- Ambulant vor stationär
- Regionale und digitale Ergänzungen
- Langfristige Systementlastung
- Fokus auf Prävention – langfristige Systementlastung & Kostensenkung
- Prioritätsmodell

Psychische Gesundheit darf nicht erst dann ernst genommen werden, wenn Menschen bereits zusammengebrochen sind!

Frühe Hilfe ist nicht nur eine gesundheitspolitische Frage – sondern eine gesellschaftliche Verantwortung!

PRISMA – Modell (Priorität vor Wartezeit)

Priorisiertes Zugangssystem für psychische Versorgung

1. Standardisiertes Clearing mit digitalem Zugang

Niederschwelliger Zugang hauptsächlich über Hausärzte/ Psychiater/ Krankenhäuser/ psychosoziale Einrichtungen/ Rehazentren/ Peers
Hausärzte erhalten einen digitalen Zugang, sobald Sie die Fortbildung dafür abgeschlossen haben.

Im Rahmen eines **kurzen Erstkontakts (ca. 15 Minuten)** erfolgt die Eingabe in das System - WICHTIG: es braucht ein Formular mit einheitlichen Fragen:

- Wie akut ist die Lage?
- Wie stark ist der Alltag eingeschränkt?
- Gibt es Selbst- oder Fremdgefährdung?
- Droht Job- oder Wohnungsverlust?
- Welche Hilfsangebote wurden bereits in Anspruch genommen?
- Welche Medikamente wurden bereits versucht?

2. VIER PRIORITÄTSSTUFEN

Stufe A – AKUT

SOFORTIGE Hilfe (Krisenintervention, Therapie binnen weniger Tage)
Für: akute Suizidalität / massive Selbstgefährdung / schwere Depression mit Zusammenbruch im Alltag / akute Traumafolgen oder Eskalation

Stufe B – DRINGEND

Therapieplatz innerhalb von 2-4 Wochen
Für: starke Einschränkung im Alltag / drohender Job- oder Wohnungsverlust / schwere Erschöpfung / Angst, Panik, sozialer Rückzug

Stufe C – Regulär

Therapieplatz innerhalb von 1-3 Monaten
Für: deutliche psychische Belastung, teilweise stabile Alltagsfunktion / kein akuter Eskalationszustand

Stufe D – Begleitete Wartephase

Kommen nicht auf die klassische Warteliste – sofortige Unterstützung Angebote: Beratungen, Gruppenangebote, Online-Angebote, Kurzinterventionen
Regelmäßige Re-Evaluierung
Ziel: Niemand soll ohne Unterstützung auf einen Therapieplatz warten

3. Punktesystem zur fairen Priorisierung

Dringlichkeit

- Akute Eigengefährdung **+4**
- Schwere Alltagsbeeinträchtigung **+3**
- Arbeitsunfähigkeit / drohender Job- oder Wohnungsverlust **+2**
- Familie / Umfeld stark betroffen bzw. Alleinerziehend **+1**

Vorbehandlung

- Medikamente ohne ausreichenden Erfolg **+2**
- Krisendienst/Klinikaufenthalt notwendig gewesen **+2**
- Mehrere Hilfsangebote ausgeschöpft **+1**

Wartezeit

- Nach 4 Wochen **+1**
- Nach 8 Wochen **+2**
- Nach 12 Wochen **+3**

Ziel: Vermeidung langfristiger Wartezeiten ohne angemessene Unterstützung

4. Dynamisches System (Re-Einstufung)

Psychische Zustände verändern sich oft schnell.

Nach der Ersteinschätzung bzw. der jeweiligen Zuordnung der Prioritätsstufe wird automatisch ein individueller Zeitpunkt für eine digitale Re-Evaluierung festgelegt.

Beispiel: Stufe A nach 2 Wochen, Stufe B nach 4 Wochen, Stufe C nach 6-8 Wochen

Die betroffene Person erhält **per SMS und/oder E-Mail** einen **sicheren Link** zur **Selbsteinschätzung**. Ein einheitlicher, aber zugleich individueller **Fragebogen**: Zum Beispiel 3 Fragen – bei keiner Veränderung werden keine weiteren Fragen angezeigt. Wenn Verschlechterung angegeben wird, weitere Fragen.

Einordnen der Re-Evaluierung im System durch Ampel

Grün: keine Veränderung

Gelb: leichte Veränderung

Rot: deutliche Verschlechterung

Erst bei einer gelben oder roten Einstufung wird durch eine Fachperson z.B. telefonisch geprüft, ob eine Anpassung der Priorität sinnvoll ist.

Vorteile: Technisch gut umsetzbar, sehr geringe Einstiegshürde, einfaches Handling, weniger Personal, langfristig wesentlich günstiger

5. Freie Patientenwahl

Fachkräfte, speziell jene die **Psychotherapie** anbieten, sollten Zugriff auf die Warteliste haben und sich Ihre Patienten wieder selbst aussuchen können.

Die Darstellung für Fachkräfte umfasst zunächst folgende Informationen:

- Keine Namen
- **Dringlichkeit** (A,B,C)
- **Fachliche** Anpassung (Störungsbild, Alter)
- **Praktische** Anpassung (Region, Sprache)
- Wartezeit seit Anmeldung
- Datum der letzten Re-Evaluierung
- **Verfügbarkeit** (kann der Patient aktuell Termine wahrnehmen)

Detailansicht (erst wenn der Therapeut den Patienten übernehmen möchte):
Personenbezogene Daten, Überweisende Stelle, Haupt- oder Verdachtsdiagnose(n), relevante Hinweise (z.B. Körperliche Einschränkung, Dolmetscher erforderlich), Zustimmung zur Kontaktaufnahme

Grobe Zuordnung der Diagnose (Depression, Angststörung, Traumafolgestörung, Essstörung, Zwangsstörung, Psychosomatik, Persönlichkeitsstörung, Psychose, Suchterkrankung, etc.) – wichtig für die fachliche Anpassung!

Ein zusätzliches Feld mit **besonderen Anforderungen** z.B. Traumatherapie, EMDR, Kinder- und Jugendpsychotherapie, Paartherapie, Gruppentherapie, Mehrsprachigkeit

„Matching-System“ – Fachkräfte, die Psychotherapie im Prisma-Modell anbieten, haben die Möglichkeit, die Suche nach neuen Patienten optional anzupassen. Ein Matching-System stellt sicher, dass freie Therapieplätze anhand der Priorität, fachlicher Anpassung und regionaler Verfügbarkeit, an die am besten für Sie geeigneten wartenden Patienten vergeben werden.

Es sollte folgende Frage beantwortet werden: **Welcher wartende Patient passt fachlich und organisatorisch am besten zu meinem freien Therapieplatz?**

6. Kontinuierliche Begleitung statt passiver Warteliste

Jede Person erhält **innerhalb weniger Tage**: eine **erste Rückmeldung**, eine **klare Einordnung**, ein konkretes **Unterstützungsangebot**

7. Fairness

- Klare Kriterien
- Einheitlicher Fragenkatalog
- Standardisierte Einschätzung
- Verpflichtende Dokumentation
- Zweitprüfung bei Grenzfällen

Ziel: Keine **Priorisierung** nach subjektiver Darstellung, sondern **nach objektiver Bedarfslage**.

8. Finanzielle und strukturelle Einordnung

Kein vollständiger Systemumbau notwendig

Nutzung bestehender Strukturen (z.B. Hausärzte, Psychiater, Kliniken)
Gezielter Einsatz von Clearing statt flächendeckendem Ausbau
Umschichtung der Gelder aus dem Spital in den **ambulant**en Bereich
Verschieben von Prioritäten in der Politik - größter Hebel!!!

Ziel: Effizienzsteigerung statt Kostenanstieg

9. Umsetzung über Pilotprojekt

Zur realistischen Einführung:

- 1) Start in einer definierten Region (z.B. Bezirk Kufstein/Kitzbühel)
- 2) Begleitende Evaluation
- 3) Schrittweise Ausweitung bei Erfolg

Die 3 Grundprinzipien des Modells:

Bedarfsorientierung: Nicht „wer zuerst kommt“, sondern wer die Behandlung am dringendsten benötigt und fachlich passend versorgt werden sollte.

Dynamik statt Starrheit: Der Unterstützungsbedarf kann sich verändern. Das System reagiert auf Verbesserungen oder Verschlechterungen, anstatt den Status einmalig festzulegen.

Transparenz und Steuerung: Freie Kapazitäten, Wartelisten und Prioritäten werden nachvollziehbar verwaltet und durch ein Matching-System möglichst effizient zusammengeführt.

Kern des Modells

Das Modell schafft ein transparentes, dynamisches und bedarfsorientiertes Steuerungssystem, das psychisch erkrankte Menschen entsprechend ihrer Dringlichkeit und ihrem individuellen Versorgungsbedarf effizient mit passenden Behandlungsangeboten verbindet.

Pilotprojekt zur Erprobung des PRISMA-Versorgungssystems in Tirol

Wieso?

Neue Versorgungsmodelle sollten zunächst in einem begrenzten Rahmen getestet werden, bevor größere strukturelle Veränderungen erfolgen. Dadurch können Wirksamkeit, Akzeptanz, Kosten und mögliche Verbesserungen evaluiert werden.

Vorteile eines Pilotprojekts

- Geringeres finanzielles Risiko
- Reale Daten statt theoretischer Annahmen
- Schrittweise Weiterentwicklung des Modells
- Wissenschaftliche Begleitung möglich
- Spätere Ausweitung bei Erfolg

Phase 1 – Vorbereitung (6 Monate)

Fachliche Arbeitsgruppen bilden mit Land Tirol, ÖGK, TLP, ÖBVP, BÖP, Wissenschaft und Betroffenenvertretung

Bestehende Daten analysieren (z.B. Wartezeiten, regionale Unterschiede, Therapieabbrüche, stationäre Einweisungen, etc.)

Priorisierungskriterien entwickeln

Entwicklung des **digitalen Clearings** (Datenschutz, IT, Schulung)

Wissenschaftliche Begleitung organisieren

Phase 2 – Pilotregion (12-24 Monate)

Einführung in einer ausgewählten Region (**z.B. Bezirk Kufstein/Kitzbüchel**) mit begrenzter Teilnehmerzahl. Neue Anmeldungen werden **zusätzlich** zum bestehenden System über das PRISMA-Modell bewertet, priorisiert und in passende Versorgungsangebote vermittelt.

Phase 3 – Evaluation

Vergleich der Ergebnisse mit dem bisherigen System. Bei positiven Ergebnissen **schrittweise Ausweitung** auf weitere Regionen Tirols und Prüfung einer bundesweiten Umsetzung.

Messgrößen

- Zeit von der Ersteinschätzung bis zur Vermittlung eines passenden Therapieplatzes
- Patientenzufriedenheit
- Anzahl stationärer Aufenthalte
- Anzahl akuter Krisenfälle
- Kosten pro versorgte Person
- Zahl erfolgreich abgeschlossener Behandlungen
- Anteil vorzeitig abgebrochener Behandlungen

Mögliche Partner

- Hausärzt:innen
- Land Tirol
- ÖGK
- Psychotherapeut:innen
- Klinische Psycholog:innen
- Tirol Kliniken
- Psychosoziale Dienste
- Wissenschaftliche Begleitung durch Hochschulen oder Forschungseinrichtungen

Ziel

Prüfen, ob eine bedarfsorientierte Priorisierung, frühere Interventionen und eine aktive Begleitung während der Wartezeit zu besseren Behandlungsergebnissen, kürzeren Wartezeiten und einer effizienteren Nutzung vorhandener Ressourcen führen.

Prävention, Frühintervention & strategischer Ausbau der psychischen Versorgung

1. Prävention – Erkrankungen vorbeugen

- Psychische Gesundheitsbildung in Schulen
- Schulpsychologie ausbauen
- Programme zur Resilienzförderung
- Betriebliche psychische Gesundheit
- Burnout-Prävention
- Niederschwellige Beratungsangebote
- Öffentlichkeitsarbeit/Entstigmatisierung

Vorteile: weniger Neuerkrankungen, frühzeitige Stärkung der psychischen Gesundheit, geringere Folgekosten, langfristig zahlt sich ein Teil wirtschaftlich selber wieder zurück, höhere Lebensqualität, weniger krankheitsbedingte Ausfälle

2. Frühintervention – frühzeitig unterstützen

PRISMA-Versorgungssystem (standardisierte Ersteinschätzung, bedarfsgerechte Finanzierung, gezielte Weitervermittlung)

Vorteile: schnellere Hilfe, Vermeidung von Chronifizierung, effizienter Ressourceneinsatz, Entlastung von Akut- und Krisenversorgung

3. Ambulante Versorgung stärken

- Hausärzte (Schulungen oder Fortbildungen)
- Home-Treatment (aufsuchende Behandlung)
- Mobile Teams
- Peer-Arbeit & Ausbildung
- Krisendienste
- Betreute Wohnformen
- Tagesstruktur- und Tagesrehabilitationsangebote
- Psychosoziale Beratungsstellen
- Multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams

Vorteile: Behandlung im gewohnten Lebensumfeld, weniger stationäre Aufenthalte, bessere Erreichbarkeit der Versorgung, höhere Selbstständigkeit für Betroffene, langfristig große Kosteneinsparungen

4. Strategischer Ausbau der Versorgung

PRISMA als Steuerungsmodell (standardisierte Ersteinschätzung, Priorisierung, dynamische Re-Evaluierung, digitales Matching, transparente Warteliste, bedarfsgerechte Vermittlung)

Vorteil: Vorhandene Ressourcen werden gezielt gesteuert

Langfristige Weiterentwicklung der psychischen Versorgung

1. Versorgungssteuerung (PRISMA)

Kurzfristig

- Pilotprojekt entwickeln
- Priorisierungskriterien
- Arbeitsgruppe
- Wissenschaftliche Begleitung

Mittelfristig

- Pilotregion
- Evaluation
- Digitale Versorgungssteuerung

Langfristig

- Landesweite bzw. bundesweite Einführung

2. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Kurzfristig

- Prüfung notwendiger Gesetzesänderungen
- Gespräche mit Bund, Ländern und Sozialversicherung

Mittelfristig

- Anpassung des §133 ASVG
- Gesetzliche Verankerung moderner Versorgungsstrukturen

Langfristig

- Vollständige Sachleistung für Psychotherapie & klinisch-psychologische Behandlung
- Bundesweit einheitliche Standards

3. Rahmenbedingungen für Fachkräfte

Kurzfristig

- Analyse der Honorierung
- Austausch mit Berufsverbänden
- Prüfung administrativer Entlastung

Mittelfristig

- Honoraranpassung
- Bessere Vertragsbedingungen
- Wiedereinführung bzw. Prüfung einer angemessenen Ausfallregelung
- Förderung von Peer-Arbeit

Langfristig

- Attraktivere Arbeitsbedingungen
- Langfristige Fachkräftesicherung
- Kontinuierlicher Ausbau der Ausbildungsplätze

4. Bildung, Ausbildung und Berufseinstieg

Kurzfristig

- Analyse der Ausbildungskapazitäten
- Prüfung von Fördermöglichkeiten für Ausbildung, Supervision und Selbsterfahrung
- Austausch mit Ausbildungsinstituten und Berufsverbänden

Mittelfristig

- Senkung finanzieller Hürden der Ausbildung
- Ausbau der Ausbildungsplätze entsprechend dem Versorgungsbedarf
- Leichter Übergang von der Ausbildung in die Versorgung
- Ausbau von Fort- und Weiterbildungsangeboten

Langfristig

- Nachhaltige Sicherung des Fachkräftenachwuchses
- Qualitativ hochwertige und leistbare Ausbildung
- Bedarfsgerechte Ausbildungsplanung

5. Prävention & Früherkennung

Kurzfristig

- Ausbau der Schulpsychologie
- Programme in Schulen
- Betriebliche Prävention
- Fortbildungen für Hausärzt:innen
- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Hausärzt:innen, Psychotherapeut:innen und klinischen Psycholog:innen

Mittelfristig

- Flächendeckende Präventionsprogramme
- Standardisierte Früherkennung

Langfristig

- Prävention als fester Bestandteil des Gesundheitssystems

6. Ausbau ambulanter Angebote

Kurzfristig

- Krisendienste stärken (Mobile Teams, 24/7 Erreichbarkeit, Krisenzimmer bzw. Krisenwohnungen)
- Psychosoziale Beratungsstellen
- Digitale Kontakt- und Terminmöglichkeiten (wichtig für Betroffene)
- Online-Anmeldung für Beratungs- und Unterstützungsangebote

Mittelfristig

- Home Treatment
- Mobile Teams
- Betreute Wohnformen bzw. Ausbau von Übergangswohnen nach stationären Aufenthalten
- Multiprofessionelle Teams
- Peer-Arbeit ausbauen
- Standardisiertes Entlassungsmanagement zwischen stationär und ambulanter Versorgung
- Verbindliche Nachsorgetermine bereits vor der Entlassung
- Koordination mit Home Treatment bzw. mobilen Angeboten
- Ausbau strukturierter Angehörigenberatung & Angehörigenangebote

Langfristig

- Flächendeckende ambulante Versorgung

7. Daten, Qualität und Forschung

Kurzfristig

- Erhebung und Analyse bestehender Versorgungsdaten
- Definition einheitlicher Qualitäts- und Evaluationskriterien
- Wissenschaftliche Begleitung neuer Versorgungsmodelle
- Aufbau eines regelmäßigen Monitorings (z.B. Wartezeiten, Versorgungsbedarf)
- Recovery- und menschenrechtsorientierte Versorgung als Qualitätsprinzip

Mittelfristig

- Regelmäßige Veröffentlichung von Versorgungsberichten
- Evaluation neuer Versorgungsmodelle und Pilotprojekte
- Nutzung anonymisierter Versorgungsdaten zur Planung und Steuerung
- Ausbau der Versorgungsforschung

Langfristig

- Evidenzbasierte Weiterentwicklung der psychischen Versorgung
- Kontinuierliche Qualitätsverbesserung durch regelmäßige Evaluation
- Datenbasierte Bedarfsplanung und Ressourcensteuerung

Innovative evidenzbasierte Behandlungsformen

Ziel

Innovative und wissenschaftlich evaluierte Behandlungsmethoden sollten Betroffene schneller zugänglich gemacht werden und bei ausreichender Evidenz schrittweise in die Regelversorgung integriert werden.

Warum

- Bessere Therapieoptionen
- Frühere Intervention
- Ergänzung bestehender Behandlungen
- Individuelle Versorgung
- Förderung von Innovation

Beispiele

- Flow Neuroscience (tDCS)
- Digitale Gesundheitsanwendungen
- VR-gestützte Therapien
- Teletherapie
- KI-gestützte Unterstützung (wo wissenschaftlich sinnvoll)

Voraussetzungen

- Wissenschaftliche Evidenz
- Datenschutz
- Qualitätsstandards
- Aus- und Fortbildung der Fachkräfte
- Kontinuierliche Evaluation

Mögliche Vorteile

- Bessere Erreichbarkeit
- Zusätzliche Therapieoption
- Entlastung des Versorgungssystems
- Patientenzentrierte Behandlung
- Schnellere Verfügbarkeit neuer Innovationen

Das österreichische Versorgungssystem soll offen für neue wissenschaftlich belegte Behandlungsmöglichkeiten sein.

Anpassung des §133 ASVG

Psychotherapie & klinisch-psychologische Behandlung als vollfinanzierte Sachleistung

1. Ausgangslage

- Psychische Erkrankungen zählen zu den häufigsten Erkrankungen
- Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung steigt
- Viele Betroffene tragen trotz Krankenversicherung einen hohen Anteil der Behandlungskosten selbst und warten lange auf einen Therapieplatz
- Die Versorgung ist regional unterschiedlich

2. Ziel

- Gleichstellung psychischer und körperlicher Erkrankungen
- Vollständige Kostenübernahme medizinisch notwendiger Psychotherapie und klinisch-psychologischer Behandlung
- Bedarfsgerechte und wohnortnahe Versorgung
- Bundesweit einheitliche Standards

3. Mögliche Anpassung des §133 ASVG

„Psychotherapeutische Behandlung und klinisch-psychologische Behandlung sind bei Vorliegen einer krankheitswertigen psychischen Störung als Sachleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig und ohne Kostenbeteiligung der Versicherten zu erbringen.

Die Krankenversicherungsträger haben eine bedarfsgerechte, wohnortnahe und zeitgerechte Versorgung sicherzustellen.

Die Versorgung ist so auszubauen, dass notwendige Behandlungen innerhalb eines angemessenen Zeitraums zur Verfügung sind.

Psychotherapeutische und klinisch-psychologische Behandlung sind eigenständige, gleichwertige Leistungen der Krankenversicherung. Die Wahl der fachlich geeigneten Behandlung erfolgt nach medizinischer bzw. fachlicher Indikation.“

Wichtig: Die Möglichkeit, psychotherapeutische und klinisch-psychologische Leistungen freiwillig auf privater Basis in Anspruch zu nehmen, bleibt von dieser Regelung unberührt!

Die aktuelle Formulierung im §133 ASVG lautet:

„Die Krankenbehandlung muss **ausreichend** und **zweckmäßig** sein, sie darf jedoch das **Maß des Notwendigen** nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung soll die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. Die Leistungen der Krankenbehandlung werden, soweit in diesem Bundesgesetz nichts anderes bestimmt wird, als Sachleistungen erbracht.“

Diese Formulierung verfolgt das legitime **Ziel, Beitragsmittel wirtschaftlich einzusetzen**. Im Bereich der psychischen Gesundheit zeigt sich jedoch ein Spannungsfeld zwischen wirtschaftlicher Versorgung und tatsächlichem Versorgungsbedarf.

Die Folge ist häufig, dass notwendige Behandlungen verspätet oder gar nicht stattfinden. Dies wiederum führt zu Chronifizierungen, Krankenstände, Arbeitslosigkeit, Frühpensionierungen, erhöhtem Medikamentenbedarf und stationären Aufenthalten. Dadurch entstehen langfristig **erhebliche volkswirtschaftliche Kosten**.

Die Hauptfrage:

Soll die psychische Versorgung weiterhin primär am Prinzip der Mindestversorgung orientiert werden oder stärker am tatsächlichen Bedarf?

4. Begründung

- Gleichberechtigter Zugang zur Behandlung
- Abbau finanzieller Hürden
- Frühere Behandlung
- Vermeidung von Chronifizierung
- Spart langfristig Kosten
- Langfristige Entlastung des Gesundheits- und Sozialsystems
- Bundesweit einheitliche Versorgung

5. Erwartete Auswirkungen

Kurzfristig

- Bessere Zugänglichkeit
- Weniger finanzielle Belastung für Betroffene

Mittelfristig

- Kürzere Wartezeiten durch Versorgungsausbau
- Frühere Behandlungsbeginne
- Weniger stationäre Aufenthalte

Langfristig

- Bessere Versorgung
- Reduktion von Folgekosten im Gesundheits- und Sozialsystem
- Gleichstellung psychischer Gesundheit

Die Anpassung des §133 ASVG bildet die rechtliche Grundlage für einen verbesserten Zugang zu psychotherapeutischer und klinisch-psychologischer Versorgung. Für eine nachhaltige Umsetzung sind ergänzende Maßnahmen zum Ausbau der Versorgungskapazitäten, zur Verbesserung der Rahmenbedingungen für Fachkräfte sowie zur Weiterentwicklung der Versorgungssteuerung erforderlich.

Konkrete Anliegen an das Land Tirol

1. Pilotprojekt PRISMA ermöglichen

Prüfung und wissenschaftliche Erprobung des PRISMA-Versorgungssystems in einer Pilotregion in Tirol

2. Psychische Versorgung strategisch weiterentwickeln

Einrichtung einer interdisziplinären Arbeitsgruppe aus Politik, Sozialversicherung, Berufsverbänden, Wissenschaft und Betroffenenvertretung zur gemeinsamen Weiterentwicklung der psychischen Versorgung.

3. Ambulante und gemeindenahe Angebote ausbauen

Schrittweiser Ausbau von

- Home-Treatment
- mobilen Teams
- Krisendiensten
- Peer-Arbeit
- betreuten Wohnformen

entsprechend dem regionalen Versorgungsbedarf.

4. Prävention und Früherkennung

- Ausbau präventiver Maßnahmen in Schulen und Betrieben
- Verbesserung der Früherkennung
- Zusammenarbeit mit Hausärzt:innen.

5. Rahmenbedingungen für Fachkräfte verbessern

- Unterstützung beim Ausbau der Ausbildungskapazitäten
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Entwicklung attraktiver Rahmenbedingungen zur langfristigen Fachkräftesicherung

6. Innovation und Evaluation

- Förderung innovativer, evidenzbasierter Behandlungsformen
- Wissenschaftliche Begleitung & Evaluation neuer Versorgungsmodelle

7. Prüfung §133 ASVG auf Bundesebene

Das Land Tirol möge sich - **auf Bundesebene** - für eine **Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen** und eine **langfristig vollfinanzierte psychotherapeutische und klinisch-psychologische Versorgung** einsetzen.

Diese Maßnahmen verstehen sich als Ergänzung und Weiterentwicklung bestehender Strategien des Landes Tirol. **Ziel ist eine nachhaltige, bedarfsgerechte und zukunftsfähige psychische Versorgung für alle Betroffenen.**

Peer-Arbeit und Ausbildung

Ziel

Etablierung als fester Bestandteil der psychosozialen Versorgung

Menschen mit eigener Krisen- und Genesungserfahrung leisten einen wertvollen Beitrag zur Begleitung Betroffener, zur Entstigmatisierung sowie zur Weiterentwicklung der Versorgung!

Zentrale Anliegen

Gesetzliche und berufliche Anerkennung

- Österreichweite Anerkennung des Berufsbildes
- Gesetzliche Verankerung der Peer-Arbeit
- Bundesweiter Kollektivvertrag mit angemessener Einstufung
- Möglichkeit zur selbstständigen Berufsausübung
- Aufbau einer Berufsvertretung

Ausbau der Einsatzbereiche

Peer-Arbeit soll schrittweise in allen relevanten Bereichen der psychosozialen Versorgung etabliert werden:

- Psychiatrische Stationen
- Ambulanzen und Tageskliniken
- Psychosoziale Zentren
- Home Treatment und mobile Teams
- Krisendienste
- Reha-Zentren
- Peer-Beratungsstellen

Darüber hinaus:

- Schulen
- Betriebe
- Sozialversicherungsträger
- AMS
- AK und ÖGB
- Antidiskriminierungsstellen
- Öffentlichkeitsarbeit und Anti-Stigma Projekte

Ausbildung und Finanzierung

- Ausbau der Ausbildungsplätze
- Förderung der Ausbildung
- Regelmäßige jährliche EX-in Ausbildungen

Nutzen für die Versorgung

- Hoffnung und Orientierung vermitteln
- Recovery-Prozess unterstützen
- Behandlungsqualität verbessern
- Zusammenarbeit zwischen Fachkräfte und Betroffene stärken
- Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen
- Versorgungslücken schließen und bestehende Angebote sinnvoll ergänzen

Peer-Arbeit ist weit mehr als ein ergänzendes Angebot. Sie verbindet fachliche Versorgung mit gelebter Erfahrung, stärkt Hoffnung, Selbstbestimmung und Teilhabe und trägt nachweislich zu einer patientenzentrierten Versorgung bei. Die nachhaltige Verankerung von Peer-Arbeit sollte daher als fester Bestandteil einer modernen psychosozialen Versorgung verstanden und entsprechend gefördert werden.