

Psychische Gesundheit als öffentliche Infrastruktur

Policy-Paper - externe Arbeitsfassung v1.9

Fassung zur fachlichen, institutionellen und politischen Gegenlese

Feld	Angabe
Projektstand	v1.9 - externe Arbeitsfassung auf Basis der Rohfassung v1.8 und der Impact Matrix v1.8
Datum	2026-06-02
Projekt	Alexander Forum für Reflexion & Resilienz, Wien
Konzept & Redaktion	Dorian Rammer
Status	Arbeitsfassung, nicht als finale Studie zitieren. Ziel ist fachliche Validierung, methodische Schärfung und institutionelle Anschlussfähigkeit.
Hauptmodell	Modell 2: Clearing, Sachleistung bei krankheitswertigem Bedarf, Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, Nachsorge, Wiedereingliederung, Qualitätssicherung.
Ausbaupfad	Modell 3: Prävention, Schule, psychische Grundbildung, Suchtprävention, digitale Resilienz, Familien- und Gemeindestrukturen.

Der Status quo ist nicht kostenlos. Er ist nur schlecht verbucht.



Diese Arbeitsfassung dient der fachlichen, institutionellen und politischen Gegenlese. Ziel ist es, Modelllogik, Annahmen, Kostenpfade, Umsetzbarkeit und Validierungsbedarf transparent darzustellen und vor einer zitierfähigen Fassung fachlich zu prüfen.

Inhaltsübersicht

1. Executive Summary
2. Ausgangslage und Problem
3. Zentrale These
4. Status quo der psychischen Versorgung in Österreich
5. Kostenverschiebung statt echter Einsparung
6. Reformziel
7. Begriffsklärungen
8. Modelle 0 bis 3
9. Warum Modell 2 das realpolitische Hauptmodell ist
10. Warum Modell 3 der langfristige Ausbaupfad ist
11. Systemlandkarte und 90 Wirkfelder
12. Präventionslogik
13. Kosten- und Nutzenlogik
14. Szenarien
15. Schutz gegen Doppelzählung
16. Gegenargumente, Risiken und Antworten
17. Politische und institutionelle Umsetzung
18. Validierungsbedarf
19. Fazit

1. Executive Summary

Österreich spart derzeit nicht wirklich an psychischen Erkrankungen, sondern an ihrer frühen und geordneten Behandlung. Die Folgekosten verschwinden nicht. Sie wandern in Krankenstand, Langzeitkrankenstand, Arbeitslosigkeit, AMS, PVA/Reha/Invalidität, Spitäler, Ambulanzen, Suchtversorgung, Schule, Jugendhilfe, Polizei, Justiz, Familien, Betriebe und Produktivitätsverlust.

Dieses Papier schlägt keine ungesteuerte „Gratistherapie für alle“ vor. Der Reformkern ist eine gesteuerte öffentliche Infrastruktur: qualifiziertes Clearing, Sachleistung bei krankheitswertigem Bedarf, Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, Nachsorge, Wiedereingliederung, Stepped Care, Qualitätssicherung und Wirkungsmonitoring.

Realpolitisch wird Modell 2 empfohlen. Es verbindet Behandlung, Steuerung und Arbeitsfähigkeitslogik in einem beschlussfähigen Kern. Modell 3 bleibt der langfristige Ausbaupfad für Prävention, Schule, psychische Grundbildung, Suchtprävention, digitale Resilienz, Elternarbeit, Mobbingprävention, Suizidprävention und psychische Erste Hilfe.

Die politische Form ist bewusst verhandelbar: Einstiegspaket, Zielpfad, Schutzmechanismen und ressortübergreifende Finanzierung. Dadurch kann mit einer realistischen ersten Ausbaustufe begonnen werden, ohne den langfristigen Infrastrukturgedanken aufzugeben.

Methodisch trennt das Arbeitsmodell drei Ebenen: eine enge fiskalische Rechnung für öffentliche Budgets, eine breitere volkswirtschaftliche Rechnung für Produktivität und Arbeitsfähigkeit sowie langfristige gesellschaftliche Effekte, die nicht leicht monetarisierbar sind. Doppelzählungen werden nicht als Nebenthema behandelt, sondern als Kernbedingung der Glaubwürdigkeit.

2. Ausgangslage und Problem

Psychische Erkrankungen sind kein Randthema des Gesundheitssystems. Sie berühren Arbeitsfähigkeit, Bildung, Familie, Suchtverläufe, Einsamkeit, Gewaltprävention, soziale Stabilität und öffentliche Budgets. Die Frage lautet daher nicht nur, was Psychotherapie oder klinisch-psychologische Behandlung kosten. Die eigentliche Frage lautet, was es kostet, wenn Menschen zu spät, zu kurz oder gar nicht wirksam versorgt werden.

Der österreichische Status quo enthält bereits öffentliche Finanzierung, aber sie ist fragmentiert: Sachleistungen, Zuschüsse, Kontingente, vereinsbasierte Modelle, regionale Unterschiede, private Vorfinanzierung und Schnittstellen zwischen Gesundheit, Sozialversicherung, Arbeit, Schule, Ländern und Gemeinden. Für Menschen mit Geld, Wissen, Stabilität und Zeit ist dieses System oft irgendwie navigierbar. Für Menschen in Krise ist es gerade dort zu schwer, wo schnelle Hilfe am wichtigsten wäre.

Die Arbeitsfassung v1.9 geht davon aus, dass Österreich psychische Gesundheit nicht ausschließlich als individuelle Behandlungsfrage betrachten sollte. Sie ist ein Infrastrukturbereich: wie Primärversorgung, Bildung, Pflege, öffentlicher Verkehr oder Krisenschutz. Wenn die Infrastruktur fehlt, zahlen andere Systeme mit.

3. Zentrale These

Die zentrale These lautet: Ein Teil der heute sichtbaren Folgekosten psychischer Erkrankungen ist vermeidbar, wenn Österreich früher, strukturierter und öffentlich verlässlicher behandelt. Nicht jede psychische Belastung braucht Psychotherapie. Nicht jede Krise ist eine Krankheit. Aber dort, wo krankheitswertiger Bedarf besteht oder schwere Verläufe absehbar sind, sollte Zugang nicht an Einkommen, Zufall, Region oder persönlicher Navigationsfähigkeit hängen.

Politisch übersetzt heißt das: früher behandeln, gezielter steuern, Folgekosten sichtbar machen. Die Reform ist nicht als moralische Maximalforderung angelegt, sondern als steuerbarer Investitionspfad mit Priorisierung, Qualitätskontrolle und Evaluation.

4. Status quo der psychischen Versorgung in Österreich

Der aktuelle Versorgungsstand ist gemischt. Einerseits gibt es in Österreich bereits öffentliche Leistungen, etablierte Berufsgruppen, psychosoziale Dienste, psychiatrische Versorgung, Kassenmodelle, Zuschüsse und seit 2026 einen wichtigen Schritt bei der klinisch-psychologischen Behandlung. Andererseits bleibt der Zugang unübersichtlich, teilweise kontingiert, regional unterschiedlich und für Betroffene oft schwer planbar.

4.1 Psychotherapie

Für die Kostenübernahme durch die ÖGK muss eine psychische Störung vorliegen, die als Krankheit anzusehen ist. Vor der zweiten psychotherapeutischen Behandlung ist eine ärztliche Untersuchung notwendig; ab der elften Sitzung ist eine Bewilligung erforderlich. Bei Vertragspartner*innen übernimmt die ÖGK die Kosten. Bei freiberuflichen Psychotherapeut*innen zahlen Versicherte zunächst selbst und erhalten unter Voraussetzungen einen Kostenzuschuss. Die ÖGK nennt für 2025 einen Zuschuss von 33,70 Euro pro 60-Minuten-Einzelsitzung. [Q3, Q4]

Dieser Status quo erzeugt eine soziale Schieflage: Wer private Honorare vorfinanzieren kann, kommt eher in Versorgung. Wer auf vollfinanzierte Plätze angewiesen ist, ist stärker von Kontingenten, regionaler Struktur und Wartezeiten abhängig. Der Österreichische Bundesverband für Psychotherapie weist darauf hin, dass vollfinanzierte Psychotherapie in der Sachleistungsversorgung kontingiert beziehungsweise je nach Bundesland an Zuteilungskriterien gebunden ist. [Q12]

4.2 Klinisch-psychologische Behandlung

Die klinisch-psychologische Behandlung wurde sozialversicherungsrechtlich deutlich aufgewertet. Seit 2026 können ÖGK-Versicherte klinisch-psychologische Behandlung im Rahmen der Krankenbehandlung als Sachleistung in Anspruch nehmen. Die ÖGK beschreibt eine bundesweit einheitliche Servicestelle, direkten Zugang nach individuellem Bedarf und rund 120.700 Behandlungseinheiten à 50 Minuten pro Jahr. Das Modell soll Wartezeiten reduzieren, wird quartalsweise überwacht und bis spätestens April 2028 evaluiert. [Q5]

Das ist ein wichtiger Schritt, löst aber nicht automatisch das Gesamtproblem. 120.700 Einheiten sind ein begrenztes Angebot in einem großen Versorgungsfeld. Entscheidend wird sein, ob dieses Angebot mit Psychotherapie, Psychiatrie, Hausärzt*innen, Schule, AMS, PVA, psychosozialen Diensten und Krisenversorgung so verbunden wird, dass daraus ein wirklicher Versorgungspfad entsteht.

4.3 Gesundheitspolitischer Rahmen

Psychosoziale Gesundheit ist in Österreich politisch bereits als Handlungsfeld verankert. Gesundheitsziel 9 lautet „Psychosoziale Gesundheit fördern“ und umfasst Prävention, Früherkennung, Versorgung und Rehabilitation. Das Ministerium beschreibt psychische Erkrankungen und Störungen des seelischen Wohlbefindens als große Public-Health-Herausforderung. [Q1]

Der Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028 setzt unter anderem auf integrative Versorgungsplanung, Stärkung des niedergelassenen Bereichs, Digitalisierung, Kinder- und Jugendgesundheit, Qualität und Gesundheitskompetenz. Die Attraktivierung von Mangelberufen in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde als Maßnahme aufgenommen. [Q2, Q11]

4.4 Schnittstellenproblem

Das zentrale Problem ist weniger, dass gar nichts vorhanden wäre. Das Problem ist, dass Menschen oft zwischen Systemen hängen: Hausarzt, Psychiatrie, Psychotherapie, klinische Psychologie, Spitalsambulanz, psychosozialer Dienst, Schule, Jugendhilfe, AMS, PVA, Arbeitgeber, Krankenstand, Wiedereingliederung. Jedes dieser Systeme sieht einen Ausschnitt. Die Folgekosten entstehen aber gerade an den Übergängen.

5. Kostenverschiebung statt echter Einsparung

Eine nicht finanzierte oder zu spät finanzierte Behandlung ist keine echte Einsparung. Sie verschiebt Kosten. Bei psychischen Erkrankungen passiert diese Verschiebung besonders leicht, weil der erste sichtbare Schaden oft nicht im Behandlungssystem auftaucht, sondern in Arbeit, Familie, Schule, Suchtverhalten oder Akutversorgung.

Der WIFO-Fehlzeitenreport 2025 zeigt für 2024, dass 70,1 Prozent der unselbständig Beschäftigten in Österreich von krankheitsbedingten Fehlzeiten betroffen waren. Im Durchschnitt waren es 15,1 Kalendertage Krankenstand, verbunden mit einem Verlust an Jahresarbeitszeit von 4,1 Prozent. Psychische Erkrankungen waren in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre der häufigste Grund für krankheitsbedingte Fehlzeiten. [Q6, Q7]

Gesundheitsausgaben sind bereits ein sehr großer öffentlicher und volkswirtschaftlicher Bereich. Die laufenden Gesundheitsausgaben Österreichs lagen 2024 bei 57,837 Mrd. Euro beziehungsweise 11,7 Prozent des BIP; die laufenden öffentlichen Gesundheitsausgaben bei 43,793 Mrd. Euro. Vor diesem Hintergrund ist eine Mental-Health-Infrastruktur kein isolierter Zusatzwunsch, sondern eine Frage der Steuerung vorhandener und künftiger Kostenströme. [Q8, Q9]

5.1 Neutrale Beispielpfade

Fallpfad	Status-quo-Kostenverschiebung	Möglicher Reformeffekt
Arbeitnehmer*in mit Depression	Lange Wartezeit, private Therapie nicht leistbar, Hausarzt überbrückt, Krankenstand verlängert sich.	Frühes Clearing, zeitnahe Behandlung, Arbeitsfähigkeitsplan, Wiedereingliederung nach längerer Erkrankung.
Jugendliche*r mit Angststörung oder Schulvermeidung	Schule und Familie tragen Krise allein, Fehlzeiten steigen, Lernrückstand, später Jugendhilfe/AMS-Risiko.	Schulnahe Früherkennung, klinisch-psychologische Abklärung, gestufte Hilfe, Einbindung von Eltern und Schule.
Mensch mit Sucht und Trauma	Selbstmedikation, Rückfälle, Akutkontakte, Notfallversorgung, instabile Wohn-/Arbeitslage.	Integrierter Pfad Trauma, Sucht, Psychotherapie, Case Management und Rückfallprävention.
Elternteil mit Überlastung	Erschöpfung wird individualisiert, Kinder und Partner*in tragen mit, Arbeitsfähigkeit sinkt, familiäre Konflikte eskalieren.	Frühe Abklärung, Entlastung, Behandlung bei Krankheitswert, Familien- und Elternberatung als Ergänzung.
Langzeitkrankenstand mit AMS-/PVA-Risiko	Nach vielen Monaten wird aus behandelbarer Krise ein dauerhafter Erwerbsrisikopfad.	Nachsorge, Wiedereingliederung, Kooperation von Sozialversicherung, AMS, PVA und Arbeitgeberseite.

6. Reformziel

Das Reformziel ist nicht, jede Lebensbelastung zu therapieren. Das Ziel ist ein öffentlich verlässlicher, fachlich gesteuerter Zugang für krankheitswertige psychische Erkrankungen und schwere Risikoverläufe. Psychische Gesundheit wird dabei nicht nur als Behandlung, sondern als Infrastruktur verstanden: Zugang, Steuerung, Kapazität, Qualität, Nachsorge, Prävention und Wirkungsmessung gehören zusammen.

Die Reform soll vier Dinge gleichzeitig leisten: erstens Zugang nach Bedarf statt nach Zahlungsfähigkeit, zweitens Priorisierung schwerer und dringender Fälle, drittens Vermeidung von Folgekosten durch frühere Behandlung, viertens Schutz vor ungesteuerter Ausweitung durch Clearing, Stepped Care, Behandlungsepisoden, Reviews und Monitoring.

7. Begriffsklärungen

Begriff	Arbeitsdefinition in diesem Papier
Sachleistung	Eine Leistung wird direkt öffentlich finanziert und mit dem Träger abgerechnet. Patient*innen müssen nicht privat vorfinanzieren.
Clearing	Strukturierte Erstabklärung: Was liegt vor, wie dringend ist es, welche Berufsgruppe ist passend, welche Versorgungsstufe genügt?
Stepped Care	Gestufte Versorgung: so niedrighschwellig wie möglich, so intensiv wie nötig. Nicht jede Person braucht sofort Langzeittherapie.
Krankheitswertiger Bedarf	Eine psychische Störung oder Befindungsstörung ist sozialversicherungsrechtlich als Krankheit zu werten.
Klinisch-psychologische Behandlung	Krankenbehandlung durch Klinische Psycholog*innen, seit 2026 in Österreich teilweise als Sachleistung organisiert.
Psychotherapie	Eigenständiges Heilverfahren bei psychischen, psychosozialen oder psychosomatischen Leidenszuständen mit krankheitswertigem Charakter.
Nachsorge	Strukturierte Hilfe nach Krise, Klinik, Akutphase oder längerer Erkrankung, damit Stabilisierung nicht am Übergang verloren geht.
Wiedereingliederung	Geordnete Rückkehr in Arbeit nach längerer Erkrankung, idealerweise mit medizinischer, psychosozialer und arbeitsbezogener Koordination.
Prävention	Maßnahmen, die Erkrankungen verhindern, früher erkennen, Rückfälle vermeiden oder Belastungen reduzieren.
Fiskalische Rechnung	Enge Budgetrechnung öffentlicher Träger: Ausgaben, vermiedene Ausgaben, Rückflüsse. Keine BIP-Summen.
Volkswirtschaftliche Rechnung	Breitere Rechnung: Arbeitsfähigkeit, Produktivität, Ausfallstage, Wertschöpfung. Nicht mit fiskalischem Budgetsaldo addieren.
Gesellschaftliche Effekte	Langfristige Wirkungen wie Bildung, Familienentlastung, Demokratie- und Krisenresilienz. Wichtig, aber nur vorsichtig monetarisieren.

8. Modelle 0 bis 3

Die Modelllogik trennt vier politische Lesarten. Dadurch wird verhindert, dass ein Minimalpaket als Zielzustand missverstanden oder ein langfristiger Infrastrukturfad als sofortige Maximalforderung gelesen wird.

Modell	Inhalt	Politische Funktion
Modell 0: Status quo	Mischsystem aus Sachleistungen, Zuschüssen, Kontingenten, Selbstzahlung und regionalen Unterschieden.	Wirkt kurzfristig billiger, verschiebt aber Folgekosten in andere Systeme.
Modell 1: Kompaktmodell	Begrenzter Ausbau mit klarer Priorisierung und kleinem Behandlungskern.	Politisch niedrigschwellig, aber zu klein für echte Systemwirkung. Minimalmodell, nicht Zielzustand.
Modell 2: Realpolitisches Hauptmodell	Clearing, Sachleistung bei krankheitswertigem Bedarf, Psychotherapie, klinisch-psychologische Behandlung, Nachsorge, Wiedereingliederung, Qualität.	Beschlussfähiger Kern: steuerbar, evaluierbar, finanzierbar und an bestehende Strukturen anschließbar.
Modell 3: Langfristiger Infrastrukturfad	Zusätzlich Prävention, Schule, psychische Grundbildung, Suchtprävention, digitale Resilienz, Gemeinden, Familien.	Langfristige Public-Health-Strategie. Nicht alles sofort, sondern T0 bis T10 und darüber hinaus.

Warum Modell 0 nicht wirklich billig ist: Es reduziert sichtbare Behandlungsausgaben nur dort, wo Menschen nicht oder privat zahlen. Die Kosten erscheinen später als Krankenstand, Akutversorgung, Erwerbsverlust, familiäre Überlastung oder Chronifizierung.

Warum Modell 1 nur Minimalmodell ist: Es kann als Einstieg dienen, schafft aber keine verlässliche Infrastruktur, wenn Clearing, Sachleistung, Nachsorge und Wiedereingliederung zu schwach bleiben.

Warum Modell 2 Hauptmodell ist: Es verbindet Versorgung und Steuerung. Es kann politisch beschlossen, regional pilotiert, budgetiert und evaluiert werden.

Warum Modell 3 Zielpfad ist: Prävention und Bildung wirken langfristig, brauchen aber Kapazität, Personal, Standardisierung und Zeit. Sie sollten vorbereitet werden, ohne Modell 2 zu überfrachten.

9. Warum Modell 2 das realpolitische Hauptmodell ist

Modell 2 ist der Kern, weil es die derzeit wichtigsten Lücken adressiert, ohne sofort den gesamten gesellschaftlichen Präventionsbegriff in ein Budgetpaket zu pressen. Es beginnt dort, wo krankheitswertiger Bedarf, Arbeitsfähigkeitsrisiken und Folgekosten besonders klar sind.

- Clearing reduziert Fehlsteuerung und verhindert, dass jede Anfrage automatisch zur teuersten Leistung wird.
- Sachleistung bei krankheitswertigem Bedarf reduziert soziale Ungleichheit und private Vorfinanzierung.
- Psychotherapie und klinisch-psychologische Behandlung werden als komplementäre Säulen gedacht, nicht als Konkurrenz.
- Nachsorge und Wiedereingliederung schließen die Lücke zwischen Behandlung, Krankenstand, Beruf und Stabilisierung.
- Qualitätssicherung, Monitoring und Evaluation machen den Ausbau politisch kontrollierbar.

Modell 2 ist damit weder Symbolpolitik noch Maximalforderung. Es ist ein belastbarer Reformkern, auf den unterschiedliche politische Lager anschließen können: soziale Gerechtigkeit, Arbeitsfähigkeit,

Versorgungssicherheit, Kostenkontrolle, Prävention schwerer Verläufe und Entlastung von Akutsystemen.

10. Warum Modell 3 der langfristige Ausbaupfad ist

Modell 3 erweitert den Blick von Behandlung auf Public Mental Health. Es betrifft Schule, Kindergarten, Jugend, Familien, Einsamkeit, Digitalisierung, Suchtprävention, Mobbingprävention, Suizidprävention, Gemeindestrukturen und psychische Erste Hilfe. Diese Bereiche sind enorm wichtig, aber politisch und methodisch weniger schnell monetarisierbar.

Deshalb wird Modell 3 nicht als sofort zu beschließendes Vollpaket formuliert, sondern als langfristiger Infrastrukturfad. Der erste politische Schritt sollte Modell 2 beschlussreif machen und Modell 3 parallel vorbereiten: Standards, Pilotmodule, Bildungsinhalte, Personalplanung, Evaluation und Finanzierungspfade.

11. Systemlandkarte und 90 Wirkfelder

Die Impact Matrix v1.8 enthält 90 Wirkfelder. Sie dient nicht als Beweis, dass alle Effekte sofort monetarisierbar wären. Sie zeigt, wo psychische Gesundheit in andere Systeme hineinwirkt und welche Bereiche priorisiert werden sollten. Bewertet werden fiskalische Relevanz, Evidenz-/Plausibilitätsgrad und politische Umsetzbarkeit.

Cluster der Systemlandkarte	Anzahl Wirkfelder
A Direkt rechenbare Kernbereiche	12
B Sucht, Selbstmedikation, Risikoverhalten	7
C Kinder, Jugendliche, Bildung, Lebensläufe	9
D Familie, Beziehung, Gewalt, soziale Stabilität	7
E Arbeit, Betriebe, Fachkräfte, Produktivität	8
F Körperliche Gesundheit und Prävention	7
G Digitalisierung, Aufmerksamkeitsökonomie, soziale Medien	6
H Polykrise, Klima, Pandemie, gesellschaftliche Belastung	6
I Demokratie, Gesellschaft, Sicherheit	7
J Besondere Zielgruppen	8
K Prävention, Aufklärung, psychische Grundbildung	13

Für die Hauptrechnung werden nicht alle 90 Felder monetarisiert. Die vorrangigen A-Module liegen bei Krankenständen, Langzeitkrankenständen, Invalidität/Berufsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Steuer- und Sozialversicherungsrückflüssen, stationärer/ambulanter Versorgung, Suchtfolgekosten sowie Arbeitsfähigkeit. Weitere Felder bleiben als qualitative oder spätere Erweiterungsmodule sichtbar.

12. Präventionslogik

Prävention bedeutet in diesem Papier nicht bloß Informationskampagne. Gemeint ist ein gestuftes System aus psychischer Grundbildung, früher Erkennung, niedrigschwelliger Unterstützung, krankheitswertiger Behandlung, Rückfallprävention und sozialer Stabilisierung.

Besonders wichtig ist der Unterschied zwischen Therapie und psychischer Grundbildung. Schule soll nicht therapeutisieren. Sie kann aber Grundwissen über Stress, Gefühle, Schlaf, Medien, Sucht,

Mobbing, Hilfeholen, Krise und Selbstwert vermitteln. Das entlastet Behandlungssysteme nicht sofort, schafft aber langfristig eine niedrigere Eskalationswahrscheinlichkeit.

13. Kosten- und Nutzenlogik

Das Arbeitsmodell unterscheidet drei Rechnungsebenen. Diese Ebenen dürfen nebeneinander dargestellt, aber nicht zu einer einzigen großen Zahl addiert werden.

Ebene	Was zählt hinein?	Was zählt nicht hinein?
Harte fiskalische Rechnung	Öffentliche Ausgaben und entlastete öffentliche Budgets: Sozialversicherung, Spitäler, AMS, PVA/Reha, Verwaltung.	BIP-Effekte, private Zeitgewinne, allgemeine gesellschaftliche Stabilität.
Breite volkswirtschaftliche Rechnung	Ausfalltage, Produktivität, Erwerbsfähigkeit, betriebliche Entlastung, Wertschöpfung.	Nicht als Budgetsaldo verkaufen; nicht mit fiskalischen Rückflüssen addieren.
Gesellschaftliche Effekte	Bildung, Familie, Gewaltprävention, Demokratie- und Krisenresilienz, Einsamkeit, Suchtprävention.	Nur dort monetarisieren, wo Datenlage und Kausalpfad robust genug sind.

Jede relevante Kosten- oder Nutzenannahme soll in v2.0 ein Annahmenregister erhalten: Quelle, Annahme, Formel, Fallbasis, Einheit, Szenario, Überlappungsabschlag und Doppelzählungsschutz. Die derzeitigen Zahlen sind Arbeitsmodell-Korridore, keine endgültigen Budgetansätze. Wichtig ist daher die Lesart: Die öffentlichen Quellen im Hauptdokument belegen vor allem Status quo, Größenordnungen und Anschlussfähigkeit. Die Modellzahlen selbst entstehen aus transparent zu prüfenden Annahmen, etwa Zielgruppe x Leistungsmenge x Einheitensatz x Ausbaustufe plus Qualitäts- und Verwaltungsaufschlag.

13.1 Rechenbrücke: Wie die Modellzahlen entstehen

Die Zahlen in Kapitel 14 sollen nicht so gelesen werden, als wären sie direkt aus einer Einzelquelle übernommen. Sie sind modellierte Korridore. Das heißt: Für jeden Baustein wird eine plausible Fall- oder Leistungsmenge mit einem durchschnittlichen Kostenansatz verbunden und je nach Ausbaustufe konservativ, mittel oder ambitioniert variiert. Dadurch wird sichtbar, welche Größenordnung ein reifes Modell 2 ungefähr hätte, ohne bereits zu behaupten, dass diese Werte final fachlich oder gesundheitsökonomisch validiert sind.

Kostenbaustein	Grundlogik der Herleitung	Was extern zu prüfen ist
Clearing und Navigation	angenommene Zahl an Erstabklärungen, Navigationsfällen oder Lotsenkontakten x durchschnittlicher Aufwand pro Fall	realistische Fallzahl, Personalbedarf, Abgrenzung zu bestehenden Erstkontakten
zusätzliche Psychotherapie	zusätzliche Fälle oder Behandlungseinheiten x durchschnittlicher öffentlicher Einheitensatz bzw. Behandlungspfad	Sitzungszahl, Indikation, Einheitensatz, Priorisierung, vorhandene Kapazität
klinisch-psychologische Behandlung	zusätzliche Behandlungseinheiten oder Fallpfade x durchschnittlicher Einheitensatz	Anschluss an das neue Sachleistungsmodell, reale Nachfrage, Verteilung nach Schweregrad
Nachsorge / Case Management	Fälle mit erhöhtem Übergangrisiko x Pauschale oder Stundenansatz für Koordination und Stabilisierung	Zielgruppen, Dauer, Schnittstelle zu Spital, Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialarbeit
Wiedereingliederung / Arbeitsfähigkeit	Langzeitkrankenstands- oder Hochrisikofälle x Begleit- und Koordinationskosten	Schnittstellen zu Arbeitgeberseite, AMS, PVA, ÖGK und Arbeitsmedizin
regionale Koordination / Daten / Qualität	Basisinfrastruktur für Versorgungsatlas, regionale Steuerung, Minimaldatensatz und Evaluation	Zuständigkeit, Datenschutz, Datenflüsse, Doppelstrukturen vermeiden
Verwaltungs- /Qualitätsaufschlag	prozentualer Aufschlag auf direkte Programmbausteine für Steuerung, Qualitätssicherung und Evaluation	realistische Overheadquote und Begrenzung der Bürokratie

Die Korridore haben also eine prüfbare Logik, aber noch keine endgültige Beweiskraft. Genau deshalb werden die Zahlen im Papier als Arbeitsmodellwerte bezeichnet. Für eine spätere zitierfähige Fassung müssen insbesondere Fallbasis, Einheitensätze, Ausbaustufen und Überschneidungen im Methodenanhang offen gelegt werden.

14. Szenarien

Die Szenarien dienen nicht dazu, Scheingenauigkeit zu erzeugen. Sie markieren einen konservativen, mittleren und ambitionierten Korridor. Politisch sollte zuerst der mittlere Pfad für Modell 2 geprüft werden, während konservative Werte als Sicherheitslinie und ambitionierte Werte als Ausbauziel dienen.

Die folgende Tabelle ist daher als Rechenkorridor zu lesen: Sie zeigt nicht den Finanzierungsbedarf im ersten Jahr, sondern ein reifes Jahr von Modell 2 nach Aufbau der wesentlichen Strukturen. Die Gesamtsumme entsteht aus der Addition der ausgewiesenen Kostenbausteine. Unterschiedliche Szenarien verändern nicht die Grundlogik, sondern Reichweite, Leistungsmenge, Ausbaustufe und Sicherheitsabschläge.

Kostenbaustein Modell 2 - reifes Jahr	Konservativ Mio. €	Mittel Mio. €	Ambitioniert Mio. €
Clearing und Navigation	18,0	39,0	70,0
zusätzliche Psychotherapie	75,0	220,5	429,0
klinisch-psychologische Behandlung	12,8	36,0	76,0
Nachsorge / Case Management	8,0	25,0	54,0
Wiedereingliederung / Arbeitsfähigkeit	7,0	22,5	45,0
regionale Koordination / Daten / Qualität	5,0	10,0	15,0
Verwaltungs-/Qualitätsaufschlag	12,6	35,3	68,9
GESAMT reifes Jahr Modell 2	138,3	388,3	757,9

Lesebeispiel mittleres Szenario: 39,0 Mio. € Clearing und Navigation + 220,5 Mio. € zusätzliche Psychotherapie + 36,0 Mio. € klinisch-psychologische Behandlung + 25,0 Mio. € Nachsorge + 22,5 Mio. € Wiedereingliederung + 10,0 Mio. € regionale Koordination/Daten/Qualität + 35,3 Mio. € Verwaltungs- und Qualitätsaufschlag ergeben rund 388,3 Mio. € pro reifem Jahr. Der Wert ist damit keine isolierte Schätzung, sondern die Summe der sichtbaren Bausteine.

Im mittleren Arbeitsmodell liegen die reifen Jahreskosten von Modell 2 bei rund 388,3 Mio. Euro. Der volkswirtschaftliche Nutzen aus den bisher vertieften A+B-Modulen liegt im mittleren Szenario bei rund 491 Mio. Euro/Jahr. Auch dieser Wert ist kein direkt aus einer Quelle übernommener Befund, sondern ein zu validierender Modellwert. Er steht für jene Nutzenmodule, die in dieser Arbeitsfassung bereits vertieft wurden, etwa weniger Ausfalltage, stabilere Arbeitsfähigkeit, geringere Eskalation in Langzeitkrankenstand, Arbeitslosigkeit, Suchtfolgen oder Akutversorgung. Er ist nicht als unmittelbarer Budgetrückfluss zu lesen und darf nicht mit fiskalischen Effekten doppelt addiert werden.

Zahl im Hauptdokument	Wie sie zu lesen ist	Status
388,3 Mio. €	Summe der Kostenbausteine von Modell 2 im mittleren Szenario für ein reifes Jahr.	Arbeitsmodell, im Annahmenregister zu validieren
491 Mio. €	breiter volkswirtschaftlicher Nutzen aus vertieften A+B-Modulen im mittleren Szenario; kein unmittelbarer Budgetsaldo.	Plausibilitätskorridor, modular aufzuschlüsseln
57,837 Mrd. € / 43,793 Mrd. €	Kontextgröße zu laufenden Gesundheitsausgaben und öffentlichen Gesundheitsausgaben 2024.	quellenbasiert
120.700 Einheiten	von der ÖGK beschriebene Größenordnung klinisch-psychologischer Behandlungseinheiten im neuen Sachleistungsmodell.	quellenbasiert

Für externe Leser*innen ist damit entscheidend: Die Quellen belegen den Status quo und zentrale Ausgangsgrößen; die Reformzahlen sind daraus abgeleitete Modellkorridore. Die nächste Arbeitsstufe muss nicht nur die Zahlen „präzisieren“, sondern jede Zahl mit Quelle, Formel, Einheit, Fallbasis, Szenario und Doppelzählungsschutz nachvollziehbar machen.

15. Schutz gegen Doppelzählung

Der wichtigste methodische Schutz lautet: Ein Effekt darf beschrieben werden, aber nicht mehrfach in derselben Rechnung monetarisiert werden. Ein erhaltener Arbeitsplatz kann nicht gleichzeitig voll als weniger Krankenstand, mehr BIP, mehr Steuern, weniger AMS und weniger Frühpension addiert werden.

Regel	Praktische Anwendung
Ebentrennung	Fiskalische, volkswirtschaftliche und gesellschaftliche Rechnung getrennt ausweisen.
Subset-Regel	Langzeitkrankenstände sind Teil der gesamten Krankenstandstage und dürfen nicht ohne Abzug zusätzlich addiert werden.
Überlappungsabschlag	B-Module mit Überschneidungen konservativ abschlagen, bis bessere Daten vorliegen.
Bestand vs. Neuzugang	Bei Invalidität/PVA nicht den gesamten Bestand als kurzfristig vermeidbar darstellen.
Bestandsleistung vs. Reformnutzen	Nur zusätzliche Effekte gegenüber dem Status quo zählen. Bestehende Programme nicht als neue Reformwirkung verkaufen.

16. Gegenargumente, Risiken und Antworten

Einwand/Risiko	Problemkern	Antwort im Modell
Fachkräftemangel	Ohne Personalaufbau würde mehr Finanzierung nur Wartelisten anders organisieren.	Stufenplan, Ausbildungs- und Kapazitätspfad, Einbindung klinischer Psychologie, Gruppenangebote, digitale Triage, regionale Priorisierung.
Kostenrisiko	Ein Anspruch ohne Steuerung kann budgetär ausufern.	Clearing, Behandlungsepisoden, Reviews, Budgetpfade, Monitoring, Evaluation, Priorisierung schwerer Fälle.
Übernutzung	Niederschwelliger Zugang könnte als Therapiefltrate missverstanden werden.	Sachleistung nur bei krankheitswertigem Bedarf; Stepped Care statt automatischer Langzeittherapie.
Fehlsteuerung	Menschen landen in falscher Berufsgruppe oder zu intensiver Versorgung.	Qualifiziertes Clearing, transparente Indikationspfade, Lotsenfunktion und Rückmeldeschleifen.
Priorisierung schwerer Fälle	Leichtere Fälle dürfen Kapazität nicht verdrängen.	Dringlichkeit, Krankheitswert, Risiko, Kinder/Jugendliche und Langzeitkrankenstand als Prioritätsdimensionen.
Qualitätssicherung	Mehr Plätze garantieren nicht automatisch Wirkung.	Mindeststandards, Supervision, Outcome-Indikatoren, Dokumentation und Beschwerdewege.
Wirkungsmessung	Psychische Effekte sind komplex und nicht immer kurzfristig messbar.	Gemischtes Indikatorenset: Wartezeiten, Inanspruchnahme, Krankenstand, Nachsorge, Zufriedenheit, Akutkontakte, Übergangsquoten.
Bund-/Länderkompetenzen	Versorgung, Spitäler, Sozialversicherung, Schule und Arbeit liegen auf unterschiedlichen Ebenen.	Mental-Health-Infrastrukturpakt zwischen Bund, Ländern, Sozialversicherung und betroffenen Ressorts.

Einwand/Risiko	Problemkern	Antwort im Modell
Bürokratiegefahr	Clearing und Monitoring können zu zusätzlicher Verwaltung werden.	Minimaldatensatz, digitale Standards, patient*innennahe Navigation, Evaluierung der Administration selbst.

17. Politische und institutionelle Umsetzung

Die Reform sollte nicht als einzelner Großbeschluss ohne Lernkurve angelegt werden. Sinnvoller ist ein T0-Pfad ab politischem Beschluss: Einstiegspaket, Zielpfad, Schutzmechanismen, ressortübergreifende Finanzierung, Pilotierung, Evaluation und schrittweiser Ausbau.

Phase	Zeitraum	Kernaufgaben
Phase 0 - Beschlussreife	6 bis 12 Monate	Fachliche Validierung, Annahmenregister, Rechts- und Finanzierungsprüfung, Pilotregionen definieren.
Phase 1 - Aufbau	Jahr 1-2	Clearing starten, Versorgungsatlas, priorisierte Gruppen, Minimaldatensatz, erste Sachleistungs- und Nachsorgepfade.
Phase 2 - Regelversorgung	Jahr 3-5	Modell 2 in Regelversorgung überführen, regionale Netzwerke, Verträge, Wiedereingliederung, erste Evaluation.
Phase 3 - Infrastruktur	Jahr 6-10	Ausbau Modell 2, Vorbereitung Modell 3, Prävention, Schule, Suchtprävention, digitale Resilienz, jährlicher Wirkungsbericht.
Phase 4 - Verstetigung	ab Jahr 10	Mental Health in all Policies: Arbeit, Bildung, Pflege, Wohnen, Einsamkeit, Digitalisierung, Krisenresilienz.

Institutionell braucht es einen gemeinsamen Rahmen von Bund, Ländern, Sozialversicherung und relevanten Schnittstellenressorts. Der Rechnungshof betont in seinem Themenpapier Gesundheitssystem 2040 ebenfalls die Bedeutung eines gemeinsamen Zielbilds, klarer Steuerung, Finanzierung und Reformwillens zwischen Ebenen. [Q10]

18. Validierungsbedarf

Diese Fassung ist bewusst als Arbeitsfassung gekennzeichnet. Sie enthält bereits eine klare Modellogik, eine plausible Kostenverschiebungsthese und eine strukturierte Doppelzählungslogik. Noch nicht final validiert sind die konkreten Zahlenkorridore, mehrere Wirkungsannahmen, Übergangsquoten zwischen Systemen und die rechtliche sowie organisatorische Umsetzbarkeit einzelner Pfade. Besonders die Herleitung der 388,3 Mio. Euro Modellkosten und des 491-Mio.-Euro-Nutzenkorridors muss in der nächsten Fassung im Annahmenregister modular offengelegt und fachlich gegengeprüft werden.

Validierungsebene	Was konkret geprüft werden soll
Bereits gut begründet	Status-quo-Fragmentierung, Notwendigkeit der Ebenentrennung, Bedarf an Clearing/Stepped Care, hohe Relevanz von Krankenstand und Arbeitsfähigkeit.
Plausible Annahmen	Frühere Behandlung kann einen Teil von Chronifizierung, Langzeitkrankenstand, Akutkontakten und Erwerbsrisiken reduzieren.
Fachlich zu prüfen	Realistische Behandlungsdosen, Personal- und Kapazitätsaufbau, Indikationspfade, Priorisierung, Qualitätssicherung.
Gesundheitsökonomisch zu prüfen	Kosten pro Fall, Übergangsquoten, Overhead, Überlappungsabschläge, Amortisationspfad, Sensitivitätsanalyse.
Rechtlich/organisatorisch zu prüfen	Kompetenzen, Vertragslogik, Datenflüsse, Datenschutz, Bund-Länder-SV-Finanzierung, Schnittstellen zu Schule/AMS/PVA.

Gesucht werden ausdrücklich Gegenargumente, blinde Flecken, bessere Daten, realistischere Parameter, Hinweise auf Doppelzählungen und Vorschläge, welche Teile zuerst pilotiert werden sollten.

19. Fazit

Psychische Gesundheit ist kein weiches Nebenthema des Sozialstaats. Sie ist eine Grundlage von Arbeitsfähigkeit, Bildung, Familienleben, Suchtprävention, Krisenfestigkeit und öffentlicher Handlungsfähigkeit. Österreich zahlt die Folgen psychischer Erkrankungen bereits. Die entscheidende Frage ist, ob diese Kosten weiterhin spät, fragmentiert und unsichtbar entstehen oder ob ein Teil davon früher, geordneter und überprüfbarer in Versorgung investiert wird.

Modell 2 bietet dafür den realpolitischen Kern. Modell 3 hält die langfristige Richtung offen. Die Reform bekommt dadurch eine verhandelbare Oberfläche: Einstiegspaket, Zielpfad, Schutzmechanismen und ressortübergreifende Finanzierung.

Der nächste Schritt ist keine große öffentliche Kampagne, sondern fachliche Validierung: Annahmenregister, Quellenprüfung, Pilotlogik, rechtliche Machbarkeit und Rückmeldungen aus Psychotherapie, klinischer Psychologie, Medizin, Sozialversicherung, Arbeitsmarkt, Bildung und Verwaltung.

Kurzquellen im Hauptdokument

Q1: BMASGPK: Gesundheitsziel 9 / Beirat für psychosoziale Gesundheit.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Nicht-uebertragbare-Krankheiten/Psychische-Gesundheit/Beirat-f%C3%BCr-Psychische-Gesundheit.html>. Relevanz: Psychosoziale Gesundheit, Public Mental Health, Prävention, Früherkennung, Versorgung und Rehabilitation.

Q2: BMASGPK: Zielsteuerungsvertrag 2024 bis 2028.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Zielsteuerungsvertrag-2024-bis-2028.html>. Relevanz: Bund-Länder-Sozialversicherung-Steuerung, Versorgungsplanung, Kinder- und Jugendgesundheit, Gesundheitskompetenz.

Q3: ÖGK: Psychotherapie - Voraussetzungen, Kostenüberenahme, Kostenzuschuss.

<https://www.oegk.at/cdscontent/?contentid=10007.870222>. Relevanz: Krankheitswertiger Bedarf, ärztliche Untersuchung, Bewilligung ab 11. Sitzung, Sachleistung bei Vertragspartner*innen, Kostenzuschuss bei freiberuflicher Psychotherapie.

Q4: ÖGK: Psychotherapie - Informationen für Vertragspartner*innen.

<https://www.oegk.at/cdscontent/?contentid=10007.879220>. Relevanz: Kostenzuschuss ÖGK 2025: 33,70 Euro pro 60-Minuten-Einzelsitzung; ICD-10-krankheitswertige Störung als Voraussetzung.

Q5: ÖGK: Klinisch-psychologische Behandlung. <https://www.oegk.at/cdscontent/?contentid=10007.897679>. Relevanz: Seit 2026 Sachleistung für klinisch-psychologische Behandlung; zentrale Servicestelle; rund 120.700 Behandlungseinheiten à 50 Minuten/Jahr; Monitoring/Evaluation.

Q6: WIFO: Fehlzeitenreport 2025. <https://www.wifo.ac.at/news/fehlzeitenreport-2025/>. Relevanz: Krankenstände 2024: 70,1 Prozent der unselbständig Beschäftigten betroffen, Ø 15,1 Kalendertage, 4,1 Prozent Verlust an Jahresarbeitszeit.

Q7: WIFO: Fehlzeitenreport 2025 - PDF. https://www.wifo.ac.at/wp-content/uploads/upload-4977/s_2025_fehlzeitenreport_2025_58823550.pdf.

Relevanz: Psychische Erkrankungen als wichtiger Grund für krankheitsbedingte Fehlzeiten, besonders in der Altersgruppe 25 bis 44 Jahre und bei Dienstleistungen.

Q8: BMASGPK: Gesundheitsausgaben in Österreich 2024.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Die-Gesundheitsausgaben-in-Oesterreich.html>. Relevanz: Laufende Gesundheitsausgaben 2024: 57,837 Mrd. Euro bzw. 11,7 Prozent des BIP; öffentliche laufende Gesundheitsausgaben 43,793 Mrd. Euro.

Q9: Statistik Austria: Gesundheitsausgaben. <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/gesundheit/gesundheitsversorgung-und-ausgaben/gesundheitsausgaben>.

Relevanz: System-of-Health-Accounts-Daten 2015 bis 2024, öffentliche und private Gesundheitsausgaben.

Q10: Rechnungshof: Gesundheitssystem 2040. <https://rechnungshof.gv.at/Gesundheit2040>. Relevanz: Reformvorschläge zu Versorgungsstrukturen, Finanzierung und Steuerung; gemeinsames Zielbild 2040; Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung.

Q11: BMASGPK: Attraktivierung der Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

<https://www.sozialministerium.gv.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-%28Zielsteuerung-Gesundheit%29/Attraktivierung-Mangelberufe-psychosoziale-Versorgung-Kinder-Jugendliche.html>. Relevanz: Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen als Maßnahme im Zielsteuerungsvertrag.

Q12: Österreichischer Bundesverband für Psychotherapie: Kosten einer Psychotherapie.

<https://www.psychotherapie.at/patientinnen/ueber-psychotherapie/kosten-einer-psychotherapie>. Relevanz: Überblick zu Kostenzuschüssen und Hinweis auf kontingentierte vollfinanzierte Psychotherapie in der Sachleistungsversorgung.