

An die Österreichische Ärztekammer  
z.H. Herrn Präsident Dr. Artur Wechselberger

Kammeramtsdirektor Dr. Lukas Stärker

**Betreff: Stellungnahme der Bundesfachgruppe Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin zum ÖSG-Entwurf 2017**

Zunächst verweisen wir auf unsere gemeinsam mit der wissenschaftlichen Fachgesellschaft ÖGPP formulierte Stellungnahme vom 2.9.2016 zum ÖSG-Entwurf vom 15.7.2016 (Anlage) und bestätigen inhaltlich die von uns geäußerten Kritikpunkte. Von den im Schreiben angeführten Punkten, erlauben wir uns die folgenden noch einmal hervorzuheben:

- **Kapitel 2.2.2.3 – Tabelle Planungsrichtwerte Ambulanter Bereich – Seite 36:**

Zunächst ist festzustellen, dass **die realen IST-Werte** im ambulanten psychiatrischen Bereich – bezogen auf das gesamte Bundesgebiet – anhaltend und **deutlich unter den Planungsrichtwerten bzw. VD-Sollwerten** liegen. In einigen ländlichen Bezirken mit Fachärzte-Unterversorgung werden die VD-min-Werte zum Teil massiv unterschritten. Mit Stand 1.4.2017 gibt es in Österreich bei 8.739.130 Einwohnern 164 Kassenärztinnen mit Hauptfach Psychiatrie in Österreich. Das bedeutet, dass derzeit **ein Kassenpsychiater auf 53.287 Einwohner** (in einigen Regionen bis 75.000 EW) kommt, was die regional zwar sehr unterschiedliche, im gesamten jedoch suboptimale extramurale Versorgungssituation unterstreicht.

Somit ist der in der Tabelle auf Seite 36 beschriebene Anstieg von 2,9 ambulant tätigen Psychiatern pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010 auf 3,4 Psychiatern pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014 (VD2014 reale Zahlen des Jahres 2014), also um 17%, aus unserer Sicht nicht erklärbar und sollte überprüft werden. Möglicherweise wurden hier auch Fachärztinnen mit Hauptfach Neurologie mitgerechnet oder ggf. Kolleginnen mit Doppelfach zweifach gezählt, was zu korrigieren wäre.

Die Ausstattung mit Wahlärzten/innen, die schon auf Grund der geringen kassenärztlichen Dichte sehr wohl versorgungsrelevant sind, sowie psychiatrischen Ambulanzen ist nicht flächendeckend und praktisch nur im städtischen, nicht jedoch im ländlichen Raum gegeben. Der auf Seite 37 vorgenommene Begriff „abrechnungsrelevante Wahlärzte“ ist sehr unklar, denn dann müsste es auch „nicht abrechnungsrelevante Wahlärzte“ geben. Fakt ist zudem, dass die Angebote der Krankenhausambulanzen laut gesundheitspolitischen Vorgaben schon reduziert wurden und noch weiter zurückgefahren werden sollen.

Aus diesem Grunde ist die **Adaptierung der Planungsrichtwerte für die Versorgungsdichte VD<sub>max</sub>** von 3,8 (ÖSG 2012) **auf 4,4** und der Mindestbevölkerung **BEV<sub>min</sub>** von 34.200 (ÖSG 2012) **auf 30.000** für den extramuralen Versorgungsbereich im ÖSG-Entwurf 2017 ein absolut richtiger und notwendiger Schritt ist, um halbwegs Betreuungskontinuität zu gewähren. In der Tabelle auf Seite 36 ist ein **BEV<sub>min</sub>** von **30.000** angegeben, was eine **VD<sub>min</sub> von 3,3** ergibt, weshalb der in der Tabelle fälschlich mit 2,4 angegebene VD<sub>min</sub>-Wert auf 3,3 korrigiert werden muss. Die angeführten Grenzwerte sehen wir von Seiten der Fachgruppe Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, wie schon in bisherigen Eingaben (u.a. Stellungnahme zum ÖSG 2012) dargestellt, als Mindesterfordernis für eine ausreichende und nachhaltige extramurale psychiatrische Versorgung.

**Laufende versorgungskompatible dynamische Anpassungen der Planungsrichtwerte** unter Einrechnung realer regionaler Gegebenheiten müssten jedenfalls angestrebt werden.

- **Kapitel 2.2.3.1 – Tabelle Planungsrichtwerte Akutkrankenanstalten Seite 39:**

Die **BMZ-min wurden spürbar reduziert** (BM-min von 0,34 im ÖSG 2012 auf 0,30 im ÖSG 2017, BMZ-max von 0,57 im ÖSG 2012 auf 0,50 ÖSG 2017). Das ist **aus Sicht des Fachgebietes Psychiatrie nicht hinnehmbar**, insbesondere, da in den letzten 40 Jahren die psychiatrischen Betten, im Gegensatz zu den meisten anderen Sonderfächern, Österreich-weit von 1,37 pro 1000 Einwohner auf rund ein Drittel reduziert wurden. Diese Entwicklung, in der Österreich im Vergleich zu vielen anderen Staaten besonders viele Betten abgebaut hat, war grundsätzlich eine Entwicklung in die richtige Richtung, was aber nur durch den seinerzeitigen Ausbau des extramuralen Versorgungsangebots möglich war.

Mittlerweile ist aber im klinischen Alltag zu bemerken, dass die Zahl der verfügbaren psychiatrischen Betten bereits am unteren Limit ist und für die Akutversorgung kaum ausreicht. Eine **weitere Bettenreduktion würde die Versorgungslage zusätzlich verschärfen**. Laut WHO-Statistiken hat Österreich im Bereich der Psychiatrie weniger Betten pro Einwohner als fast alle anderen europäischen Staaten. Außerdem muss man berücksichtigen, dass andere Staaten mehr komplementäre psychiatrische Einrichtungen (z.B. Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Ambulanzen) haben als Österreich. Seit Jahren wird im ÖSG und auch von uns Fachvertretern wiederholt darauf hingewiesen, dass im Falle der Psychiatrie die vergleichsweise geringe BMZ **„nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar“** ist. Diese unbedingte Voraussetzung einer Verbesserung der ambulanten und extramuralen Versorgung ist derzeit nicht gegeben, eine baldige Entlastung ist nicht erkennbar.

Ebenso sind die WHO Daten zu Krankheitslast in Industriestaaten, demzufolge 3 psychische Erkrankungen unter den ersten 5 Diagnosen rangieren (Depression, Demenz und Alkoholsucht) darin nicht abgebildet. Auch wird der eindeutig erhöhte Bedarf an psychiatrischen Leistungen infolge Zuwanderung und Migration nicht ausreichend berücksichtigt.

**Aus diesen Gründen ist es für das Fachgebiet Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin nicht akzeptabel, die BMZ unter das Niveau des ÖSG 2012 zu reduzieren.**

Für uns nicht nachvollziehbar ist zudem, dass laut der Darstellung in der Tabelle auf Seite 39 die Anzahl der realen systemisierten Betten im Zeitraum von 2012 bis 2016 von 0,51 auf 0,41 Betten pro 1000 Einwohner zurückgegangen sind. Da es in diesem Zeitraum unseres Wissens zu keinen Schließungen von Krankenanstalten oder zu großen Bettenreduktionen, sondern nur zu kleinen, lokalen Betten-Anpassungen kam, ist dieser Rückgang um 20% innerhalb weniger Jahre für uns nicht erklärbar, weshalb wir ersuchen, die Zahlen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen.

- **Kapitel 2.2.6.1 – Rehabilitation für Erwachsene ab Seite 50:**

Bei der **stationären psychiatrischen Rehabilitation** (Seite 50) wurde in der Tabelle auf Seite 50 (ÖSG-Entwurf 2017) ein Sollwert BMZSoll2020 von 16,7 angegeben, was im Vergleich zum ÖSG 2012 eine **Zunahme um mehr als das Doppelte** vom Ausgangswert BMZSoll 7,7 (ÖSG 2012 Seite 112) bedeutet. Bei den Bettenäquivalenten sind für Österreich für 2020 1.497 Betten vorgesehen (Tabelle Seite 51).

Woraus sich dieser Anstieg begründet, ist für uns nicht erkennbar. Auch wäre eine schärfere Abgrenzung und Zuordnung nach Diagnosen, Indikationen und Schweregraden zwischen Akutkrankenanstalten und stationärer psychiatrischer Rehabilitation wünschenswert.

Bei der **ambulanten psychiatrischen Rehabilitation** (Seite 51) haben wir eine exponentielle **Sollwertsteigerung um das Dreißigfache** von 0,1 (AmbTP/EWSoll ÖSG 2012 Seite 113) auf 3,3 (AmbTP/EWSoll 2020 ÖSG 2017 Seite 51). Generell ist der **explosionsartige Anstieg von ambulanten und stationären Rehabilitationsplätzen bei gleichzeitiger Reduktion der BMZ im akuten Versorgungsbereich nicht nachvollziehbar**. Hier wäre unbedingt eine Effizienz-Evaluierung, auch angesichts bestehender Versorgungslücken im niedergelassenen Bereich anzustreben.

Die angeführten **Einwohnerzahlen** in Bezug auf Therapieplätze (Seite 52) für die ambulante Rehabilitation entsprechen nicht der Realität, im Besonderen bezüglich der Einwohner-Verteilung für die einzelnen Bundesländer.

Das ist dringend zu korrigieren, da es sonst zu einer unverhältnismäßigen regionalen Gewichtung bei der Zuordnung von Therapieplätzen kommt. Die Einwohnerzahl für Österreich ist in der Tabelle mit 8.252.674 bemessen. Das ist die Einwohnerzahl von 2005. Aktuell hatte Österreich 2016 8.739.130 Einwohner, 2020 werden es 9.010.815 sein (siehe Tabelle der Statistik Austria unten). Die Einwohnerzahl von Tirol ist mit 622.024 beschrieben, das ist der Wert von 1987, aktuell hat Tirol 742.793 Einwohner, bis zum 2020 sind es voraussichtlich 768.281. Die Einwohnerzahl von Wien ist mit 1.907.581 angegeben – das ist der prognostizierte Wert für 2019, aktuell hat Wien 1.855.425 EW, 2020 werden es 1.955.945 EW sein. Ähnliche Ungereimtheiten gibt es auch für andere Bundesländer. Das sollte dringend korrigiert werden, um auch im ÖSG 2017 ein realistisches Versorgungsgleichgewicht für die ambulante Rehabilitation zu gewähren.

**Tabelle Statistik Austria Einwohner Österreich nach Bundesländern 2016 und Prognose bis 2020**

Österreich	2016	8.739.130	2020	9.010.815
Burgenland	2016	292.053	2020	300.087
Kärnten	2016	561.161	2020	565.794
Niederösterreich	2016	1.659.749	2020	1.706.850
Oberösterreich	2016	1.458.724	2020	1.494.020
Salzburg	2016	547.966	2020	562.733
Steiermark	2016	1.235.403	2020	1.259.252
Tirol	2016	742.793	2020	768.281
Vorarlberg	2016	385.856	2020	397.853
Wien	2016	1.855.425	2020	1.955.945

- **Kapitel 2.3.1.1 Primärversorgung – Personalausstattung und Kernkompetenzen in Primärversorgungseinheiten – Seite 58 Tabelle:**

Zur Personalausstattung und Kernkompetenzen im „Erweiterten Primärversorgungsteam“ von Primärversorgungseinheiten werden „Gesundheitsberufe mit einer anerkannten PSY-Kompetenz“ angeführt. Diese „anerkannte PSY-Kompetenz“ wird im ÖSG-Entwurf Ärzten/innen mit PSY-III-Modul, Psychotherapeut/innen und Gesundheits- bzw. Klinischen Psycholog/innen zugesprochen, nicht aber Fachärzten/innen für Psychiatrie, die nur in der Fußnote 53 mit der Formulierung „*allenfalls* auch Fachärzten/innen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie“ angeführt werden. **Das ist inakzeptabel. Fachärzten/innen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie sind jene Fachärzten/innen, deren Hauptaufgabe und zentrale Expertise die „PSY-Kompetenz“ ist.**

Wir schlagen daher folgende Formulierung vor:

**Ärztinnen** mit einer anerkannten „PSY-Kompetenz“ (über die Kompetenzen des Kernteams hinausgehend); **„diese Kompetenz kann alternativ abgedeckt sein durch Fachärzte/innen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie oder durch Ärzte/innen mit PSY-III-Modul“.**

Psychotherapeutinnen und Gesundheits- bzw. Klinischen Psychologinnen sind nicht bei den Ärztinnen, sondern in gleicher Weise wie Logopädinnen oder Sozialarbeiterinnen etc. zu nennen.

- **3.2.4.2 – Psychosomatische Versorgung – Seite 146:**

Unter 3.2.4.2 wird das Aufgabenprofil wie folgt beschrieben: „*Interdisziplinäre und multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Interventionen und Therapie bei Patientinnen mit somatischen als auch psychischen bzw. psychosozialen Diagnostik- und Behandlungsbedarf*“.

Diese Beschreibung ist sehr unklar und schwammig und ermöglicht den Einschluss nahezu aller Diagnosen. Im ÖSG 2012 war auf Seite 96 aus gutem Grund zu lesen: „**Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen**“.

**Wir fordern mit Nachdruck, dass dieser Passus unbedingt wieder aufgenommen wird** und zwar aus mehreren Gründen. Zum einen, kann es **nicht Aufgabe psychosomatischer Abteilungen sein, psychische Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln**. Da gäbe es auf Grund der fehlenden Fachkompetenz ein massives Qualitätsproblem zum Nachteil betroffener Patientinnen.

**Psychiatrische Erkrankungen fallen explizit in den Zuständigkeitsbereich von Fachärztinnen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin** und entsprechenden **Fachabteilungen für Psychiatrie**.

Noch dazu, wo auf Seite 147 bei der personellen Ausstattung Allgemeinmediziner oder Fachärzte mit Psychotherapieausbildung oder PSY III-Diplom genannt werden, Fachärzte für Psychiatrie jedoch gar nicht gesondert angeführt sind. Das ist in mehrfacher Hinsicht irritierend und abzulehnen, da **ausschließlich Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin schon im Rahmen ihrer Ausbildung psychosomatische Kompetenz und Expertise erwerben** und somit eine Sonderstellung beim Thema Psychosomatische Versorgung haben.

Aus diesem Grunde müssen **Fachärzte für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Tabelle auf Seite 147 des ÖSG-Entwurfs unter PSO-E gesondert angeführt werden**, wie dies für Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie unter PSO-KJ-Department bereits geschehen ist (siehe Tabelle).

In diesem Zusammenhang verweisen wir auf das Ärztegesetz § 31 Absatz 3, wo festgeschrieben ist, dass Fachärzte ihre fachärztliche Berufstätigkeit auf ihr Sonderfach zu beschränken haben. In der Rahmenverordnung über Spezialisierungen Erster Abschnitt § 1 Absatz 2, ist zudem angeführt, dass durch Spezialisierungen die Beschränkung auf ein Sonderfach weder aufgehoben noch abgeändert werden können. Das bedeutet, dass Fachärztinnen, trotz zusätzlich erworbener Diplome, Spezialisierungen, Ausbildungen **keine Kompetenzerweiterungen außerhalb des eigenen Fachgebiets** (z.B. ein Internist oder Neurologe psychiatrische Kompetenz) erwerben. Das ist definitiv ausgeschlossen. Fachärzte/innen sind **nur berechtigt, psychosomatische Aspekte innerhalb ihres jeweiligen eigenen Fachgebietes** abzudecken (d.h. keine Behandlung psychischer Störungen durch Internisten etc.), fachfremde Interventionen entsprechen einer „Sonderfachüberschreitung“, die gesetzlich nicht erlaubt ist.

Im Übrigen erinnern wir an die **anderen, in unserer Stellungnahme vom 2.9.2016 (Anhang) schon eingebrachten, bislang noch nicht berücksichtigten Kritikpunkte**.

Mit dem dringenden Ersuchen um Berücksichtigung unserer fachlichen Anliegen im ÖSG 2017,  
verbleiben wir mit freundlichen Grüßen

Dr. Manfred Müller  
(Bundesfachgruppenobmann Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin)