

An die Österreichische Ärztekammer

Betreff: Stellungnahme Entwurf „Verordnung des Österreichischen Strukturplanes Gesundheit - ÖSG“

Die Bundesfachgruppe Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin verweist zunächst auf die gemeinsam mit der ÖGPP formulierte **Stellungnahme vom 2.9.2016**, auf die Stellungnahme der Bundesfachgruppe **vom 2.5.2017** zum ÖSG-Entwurf (Anhang) und auf eine **aktuelle Stellungnahme der ÖGPP**.

Die darin eingebrachten und ausführlich begründeten **Vorschläge und Kritikpunkte** wurden im vorliegenden und ausgesandten Entwurf **nicht eingearbeitet**, was sehr irritierend ist, da es sich um zum Teil substanzielle Unzulänglichkeiten und wesentliche, konstruktive, sowie sachlich und fachlich begründete Veränderungsvorschläge handelt:

Folgende Punkte möchten wir speziell herausgreifen:

1. REHA-Therapieplätze - akutpsychiatrische Behandlungsplätze:

Die Notwendigkeit von psychiatrischen REHA-Therapieplätzen, wie auch von akutpsychiatrischen Behandlungsplätzen, steht grundsätzlich außer Frage. Sie ist jeweils im Gesamtkontext der psychiatrischen Versorgung zu bewerten.

Der explosionsartige Anstieg von ambulanten und stationären Rehabilitationsplätzen (ambulante psychiatrische Rehabilitation: Sollwertsteigerung der ambulanten REHA-Plätze bis 2020 um das Dreißigfache im Vergleich zum ÖSG 2012 von 0,1 auf 3,3, von 2014 mit 1,4 auf 3,3 2020, eine Sollwertsteigerung der stationären psychiatrischen REHA-Plätze auf das Doppelte: BMZ-Soll ÖSG 2012 von 7,7 auf BMZ-Soll-2020 16,7) **zu Lasten von akutpsychiatrischen Behandlungsplätzen** ist im angeführten Ausmaß **weder sachlich gerechtfertigt noch fachlich nachvollziehbar**. Dringend erforderlich wäre zudem eine **schärfere Abgrenzung** und Zuordnung nach Diagnosen, Schweregraden und Indikationen **zwischen Akutkrankenanstalten und stationärer psychiatrischer Rehabilitation**. Alleine lange Wartezeiten auf Therapieplätze sind noch kein Indikator für deren Notwendigkeit oder Bedarf, da bekanntermaßen diverse Variablen (politische und strukturelle Vorgaben etc.) dafür verantwortlich sind.

Bisherige Erfahrungen haben ergeben, dass der bereits erfolgte Ausbau stationärer und ambulanter REHA-Angebote bislang weder zu einer Vermeidung oder Reduktion von Akut-Aufnahmen, noch zu einer Verkürzung der stationären Aufenthalte an Akutstationen geführt hat (zum Teil Endlos-Schleifen von einer Einrichtung zur nächsten). Insofern wäre - aus fachlicher Sicht - **das bisherige Konzept ganzheitlich zu betrachten und ggf. entsprechend den tatsächlichen Erfordernissen anzupassen**.

In den letzten 40 Jahren wurden die psychiatrischen Betten, im Gegensatz zu den meisten anderen Sonderfächern (z.B. Neurologie, Innere Medizin etc.), **Österreichweit von 1,37 pro 1000 Einwohner auf weniger als ein Drittel (0,42) reduziert**. Diese Entwicklung, in der Österreich im Vergleich zu vielen anderen Staaten besonders viele Betten abgebaut hat, war grundsätzlich eine in die richtige Richtung, was seinerzeit aber nur durch den seinerzeitigen Ausbau des extramuralen Versorgungsangebots möglich war.

Laut WHO-Statistiken **hat Österreich im Bereich der Psychiatrie weniger Betten pro Einwohner als fast alle anderen europäischen Staaten**. Außerdem muss berücksichtigt werden, dass andere Staaten mehr komplementäre psychiatrische Einrichtungen (z.B. Wohneinrichtungen, Tagesstätten, Ambulanzen) haben als Österreich.

Mittlerweile ist im klinischen Alltag bemerkbar, dass die **Zahl der verfügbaren psychiatrischen Betten bereits am unteren Limit ist und für die Akutversorgung kaum ausreicht**. Eine weitere Bettenreduktion würde die Versorgungslage bedenklich verschärfen.

Seit Jahren wird 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, weshalb dies im ÖSG dringend zu berücksichtigen wäre.

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 genannten Gründen ist es für das Fachgebiet Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin nicht akzeptabel, die **BMZ unter das Niveau des ÖSG 2012 zu reduzieren**. Des Weiteren ist die gegenseitige Aufrechnung von REHA-Therapieplätzen gegen und zu Lasten akutpsychiatrischer Betten für uns nicht nachvollziehbar.

2. Die der Zuordnung von Therapieplätzen zu Grunde liegenden Daten (Einwohner-Verteilung) sind nicht korrekt:

Die auf Seite 4 angeführten **Einwohnerzahlen** in Bezug auf Therapieplätze für die ambulante Rehabilitation entsprechen nicht der Realität, im Besonderen bezüglich der Einwohner-Verteilung für die einzelnen Bundesländer.

Das ist - an Hand der aktuellen Zahlen und der Prognose-Daten der Statistik Austria - **dringend zu korrigieren**, da es sonst zu einer **unverhältnismäßigen regionalen Über- bzw. Unter-Gewichtung bei der Zuordnung von Therapieplätzen** kommt. Im ÖSG sollte ein realistisches und **regional ausgewogenes Versorgungsgleichgewicht** gewährt sein.

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.

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

Insofern muss auch die Tabelle (4) auf Seite 3 mit den Versorgungszonen Ost, Nord, Süd, West und dem entsprechenden regionalen Bettenbedarf adaptiert werden.

Wir ersuchen die Österreichische Ärztekammer dringend, unsere Einwendungen und Vorschläge ernst zu nehmen, sie vollinhaltlich zu berücksichtigen und gegenüber dem Ministerium zu vertreten. Im Übrigen verweisen wir auf unsere bisherigen Stellungnahmen aus dem Jahre 2016 und 2017, auf die aktuelle Stellungnahme der ÖGPP und die darin genannten Vorbringungen und Sachverhalte.

Dr. Manfred Müller
Bundesfachgruppenobmann Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Anhang (bisherige Stellungnahmen)



und

Bundesfachgruppe für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

An die
Österreichische Ärztekammer
Herrn KAD Dr. Lukas Stärker

Wien, am 2. September 2106

Gemeinsame Stellungnahme
der Bundesfachgruppe Psychiatrie und psychotherapeutische
Medizin und der Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP)
zum Rohentwurf des Österreichischen Strukturplans Gesundheit
(ÖSG)
vom 15.7.2016

Zum vorgelegten Rohentwurf des Österreichischen Strukturplans Gesundheit (ÖSG) vom 15.7.2016 erlauben sich die Bundesfachgruppe Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin und die Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (ÖGPP) zu den im Folgenden aufgelisteten Punkten eine gemeinsame Stellungnahme abzugeben:

Zahl der PsychiaterInnen pro Einwohner (Seite 23, Tabelle):

Bei VD2014 (reale Zahlen des Jahres 2014) ist für die Psychiatrie ein Anstieg von 2,9 Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010 auf 3,4 Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2014 beschrieben. Dieser Anstieg an ambulant tätigen Psychiatern um 17% kann unseres Erachtens so nicht stimmen und sollte überprüft werden.

Tageskliniken sollen künftig als ambulantes System finanziert werden (siehe Seite 24, letzter Absatz).

Das jetzige Modell der psychiatrischen Tagesklinikfinanzierung als halbstationäre Behandlung mit systemisierten Betten wurde vor knapp 20 Jahren entwickelt, weil die früheren Abrechnungsmodelle häufig zu Versicherungs-rechtlichen Problemen (Unterbrechung des Versicherungsschutzes der Kranken mit daraus resultierenden Rechtsstreitigkeiten und finanziellen Nachteilen für die Krankenhausträger sowie die Patienten selbst) und anderen Problemen geführt hatten.

Nun ist geplant den Status von Tageskliniken insgesamt insofern zu ändern, dass Tageskliniken keine stationäre Behandlung mehr darstellen, sondern eine ambulante Behandlung. Dies betrifft auch die psychiatrischen Tageskliniken. Psychiatrische Tageskliniken unterscheiden sich von den meisten Tagesklinik-Modellen somatischer Fächer in einem wesentlichen Punkt: In den Tageskliniken somatischer Fächer sind die Kranken üblicherweise für weniger als einen Tag (meist nur wenige Stunden) aufgenommen, während die Tageskliniken in der Psychiatrie eine tägliche Behandlung tagsüber über mehrere Wochen anbieten. Um diesen Unterschied klar zu machen wurde für Tageskliniken in der Psychiatrie im LKF-System der Begriff „halbstationäre Behandlung“ gewählt.

Die im Ministerium bereits beschlossene Änderung von psychiatrischen Tageskliniken in Ambulanzen würde zur Folge haben, dass viele der bis vor 20 Jahren beobachteten Probleme und Nachteile für die Kranken wieder auftauchen.

Aus diesem Grund ist von großer Bedeutung, dass die halbstationären Behandlungsformen (regelmäßige, länger dauernde Tagesbehandlung im Krankenhaus) weiterhin als „stationäre“ Behandlung erhalten bleiben.

Die Planungsrichtwerte (BMZ) für Betten des Faches Psychiatrie in Akut-Krankenanstalten sollen laut vorliegenden ÖSG-Entwurf im Vergleich zum ÖSG 2012 reduziert werden (siehe Seite 26, Tabelle).

Die realen systemisierten Betten sind laut der Darstellung im Zeitraum von 2012 bis 2016 von 0,51 auf 0,41 Betten pro 1000 Einwohner zurückgegangen. Da es in diesem Zeitraum unseres Wissens zu keinen Schließungen von Krankenanstalten oder zu großen Bettenreduktionen, sondern nur zu kleinen, lokalen Anpassungen der Betten kam, ist dieser Rückgang um 20% innerhalb weniger Jahre nicht nachvollziehbar. Wir haben die Vermutung, dass es sich um einen Fehler handelt, und ersuchen daher um Prüfung der in den Jahren 2012 und 2016 real verfügbaren Betten.

Die BMZ des BMZ-Soll-Intervalls wurde um mehr als 10% im Vergleich zum ÖSG 2012 reduziert (BMZ-min von 0,34 auf 0,30 und BMZ-max von 0,57 auf 0,50). In den letzten 40 Jahren wurden die psychiatrischen Betten Österreich-weit von 1,37 pro 1000 Einwohner auf rund ein Drittel reduziert. Diese Entwicklung, in der Österreich im Vergleich zu vielen anderen Staaten besonders forciert Betten abgebaut hat, war sicher eine Entwicklung in die

richtige Richtung. Mittlerweile ist aber im klinischen Alltag zu bemerken, dass die Zahl psychiatrischer Betten nicht nur nicht mehr weiter reduziert werden kann, sondern in manchen Regionen bereits zu wenig Betten verfügbar sind.

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 wiederholt darauf hingewiesen, dass **im Falle der Psychiatrie die vergleichsweise geringe BMZ „nur nach vollständigem Ausbau ambulanter und komplementärer Einrichtungen vertretbar“** ist. Dieser ist aber bekanntermaßen nicht abgeschlossen und es gibt keine Anzeichen, dass dies in den nächsten Jahren gelingen würde. Aus diesen Gründen ist es erforderlich, bei der BMZ des Jahres 2012 zu bleiben (BMZ-min 0,34 und BMZ-max 0,57).

Generell bilden die geringe BMZ und der nicht vorhandene relevante Ausbau ambulanter Behandlungsstrukturen die WHO Daten zu Krankheitslast in Industriestaaten, demzufolge 3 psychische Erkrankungen unter den ersten 5 rangieren (Depression, Demenz und Alkoholsucht) nicht ab. Ebenso wird der eindeutig erhöhte Bedarf an psychiatrischen Leistungen infolge Migration und Flüchtlingsbewegungen offenbar negiert.

Abgrenzung und Aufgaben von Psychosomatik versus Psychiatrie (an zahlreichen Stellen des Entwurfs)

An vielen Stellen des ÖSG-Entwurfs wird so getan, als würde es neben psychischen auch psychosomatische Krankheiten geben. Begriffe wie „psychosomatische Probleme“, „psychosomatische Erkrankungen“ oder „psychosomatische Gesundheitsrisiken“ (Seite 47 und 48) sind nicht nur missverständlich, sondern fachlich falsch. Insofern kennen die internationalen Diagnosesysteme (ICD bzw. DSM) keine „psychosomatischen“ Krankheiten, sondern nur psychische Krankheiten. An diesen Stellen ist der Begriff „psychosomatisch“ also durch „psychisch“ zu ersetzen.

Nach heutigem Wissensstand gibt es fast kein körperliches Krankheitsbild, bei dem nicht auch seelische und soziale Aspekte bei der Entstehung und im Verlauf eine wichtige Rolle spielen können. Nahezu jede körperliche Krankheit kann psychische und soziale Folgen haben, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Nahezu jede psychische Krankheit kann somatische und soziale Folgen haben, die in der Therapie berücksichtigt werden müssen. Insofern wären nahezu alle körperlich Kranken und nahezu alle psychisch Kranken auch psychosomatisch krank. Eine integrative Sichtweise, die körperliche, psychische und soziale Faktoren berücksichtigt, ist also bei allen Krankheiten und in allen Disziplinen der Medizin erforderlich. Psychosomatik ist daher kein eigenständiges Fachgebiet, sondern eine grundlegende Betrachtungsweise, die in allen Bereichen der medizinischen Versorgung etabliert sein sollte.

Die kompetente fachärztliche Behandlung dieser Krankheitsbilder ist integrativer Bestandteil der Ärzte-Ausbildungsordnung-Curriculums des Faches für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Dies entspricht auch den Ausbildungsvorgaben der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) in Europa. Ko-morbide Erkrankungen, die

über Fächergrenzen hinweg behandelt werden müssen, werden also primär an den jeweiligen Fachabteilungen behandelt – so wie alle anderen ko-morbiden Krankheitsbildern auch. Die fachärztliche Versorgung von Kranken mit somatisch-psychischer Komorbidität, die an somatischen Fachabteilungen aufgenommen sind, ist daher die Aufgabe von KonsiliarpsychiaternInnen.

Braucht es spezialisierte Departments oder Abteilungen für Psychosomatik?

- Dem deutschen Sonderweg, neben der Psychiatrie ein eigenes Fachgebiet als „Psychosomatik“ aufzubauen, hat sich weltweit nur Lettland angeschlossen. **Alle anderen europäischen Staaten haben die Konsiliar-/Liaison-Psychiatrie und „Psychosomatik“ als Teilbereich des Fachgebietes Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin etabliert**, auch wenn die Bezeichnungen für diesen Teilbereich des Fachgebietes von Land zu Land unterschiedlich sind. Dieses Vorgehen zur Vermeidung von Parallelstrukturen wird auch Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) empfohlen.
- Für einige ausgewählte Gruppen von Kranken gibt es aus der Erfahrung Hinweise, dass diese von spezialisierten Stationen profitieren. Diese sind primär:
 - Personen, die unter Essstörungen leiden, haben eine deutlich erhöhte Sterblichkeit. Hier spielen die zahlreichen möglichen körperlichen Komplikationen eine wichtige Rolle, die die Psychotherapie erschweren. Aus diesem Grund benötigen diese Kranken sehr häufig eine stationäre Aufnahme an einer dafür spezialisierten Station.
 - Ein kleiner Teil jener Personen, die unter somatoformen Störungen leidet, benötigt eine stationäre Behandlung an einer spezialisierten Einrichtung, da sie auf die ambulante Behandlung nicht ausreichend ansprechen.

Spezialisierte stationäre Einrichtungen für Psychosomatik sind also primär als integraler Bestandteil der psychiatrischen Versorgung zu planen.

Die Personalausstattung basiert auf einer multiprofessionellen Zusammensetzung und ist auch durch interdisziplinäre Kooperationen geprägt. Die ärztliche Leitung obliegt einer/m erfahrenen FachärztIn für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin. Konsiliarärzte somatischer Fächer wie Innere Medizin, Gynäkologie oder Dermatologie sollten vorgehalten werden. **Die auf Seite 111 des Entwurfs vorgeschlagene Personalausstattung derartiger Krankenhauseinrichtungen (verpflichtende Anwesenheit eines/r FachärztIn für Inneren Medizin, Leitung auch durch Allgemeinmediziner, FachärztIn für Psychiatrie nur als Konsiliar) ist daher nicht nachvollziehbar und zu korrigieren.**

Bisher waren bei der Beschreibung der Zielgruppe stationärer Einrichtungen für Psychosomatik „klassische psychiatrische Erkrankungen“ ausgenommen. Dies wurde im vorliegenden Entwurf gestrichen. Die neue Definition der Zielgruppe umfasst also alle psychiatrischen PatientInnen, denn alle PatientInnen der Psychiatrie haben auch einen somatischen Diagnostikbedarf und ein großer Anteil einen somatischen Behandlungsbedarf. Es ist somit zu befürchten, dass damit eine Parallelstruktur zur Versorgung psychisch Kranker geschaffen werden soll. Eine solche Entwicklung wäre unseres Erachtens zum Nachteil der Kranken und ist daher abzulehnen. **Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten kann es nicht sinnvoll sein, Parallelstrukturen im Gesundheitssystem zu fördern – diese sollten vielmehr abgebaut werden.**

Eltern-Kind-Behandlung (Seite 87, Tabelle, 4. Zeile von unten):

Bei psychisch kranken Müttern mit Kleinkindern und Säuglingen ist es oft sinnvoll, auch die Kleinkinder bzw. Säuglinge gemeinsam mit der Mutter stationär aufzunehmen. „Eltern-Kind-Behandlung“ sollte daher nicht nur bei der Kinder-Jugend-Psychiatrie und Abhängigkeitserkrankungen, sondern auch der Erwachsenenpsychiatrie genannt werden.

Wahlfreiheit von Jugendlichen zwischen psychiatrischer Kinder- und Erwachsenenabteilung (Seite 86, KJP Versorgung):

Im ÖSG Entwurf wird eine Wahlfreiheit von Jugendlichen ab dem 15. Lebensjahr zwischen Kinder- und Erwachsenenabteilung gefordert.

Obwohl die Behandlungsmöglichkeit von Jugendlichen ab 15 Jahren an Erwachsenenabteilungen im Sinne der Transitionspsychiatrie (s. Modul „Adoleszentenpsychiatrie“ im Rahmen der Ausbildung zum Fach Psychiatrie/Psychotherapeutische Medizin) durchaus sinnvoll ist, kann diese nicht in uneingeschränkter Form und auf Basis einer „Wahlfreiheit“ durch den Patienten erfolgen. Die Wahl des Behandlungssettings sollte vielmehr aus entwicklungspsychologischer und fachlicher Perspektive erfolgen und sich auch an den strukturellen Gegebenheiten der jeweiligen Abteilung orientieren.

Die Behandlung von Jugendlichen im Rahmen des Unterbringungsgesetzes bzw. die Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen bei Jugendlichen kann aus Gründen des Jungenschutzes keinesfalls generell an Erwachsenenabteilungen erfolgen. Eine derartige Möglichkeit stünde auch in völligem Gegensatz zu den Empfehlungen der Volksanwaltschaft und ihrer Kommissionen, welche ein derartiges Vorgehen als Verletzung menschenrechtlicher und fachlicher Standards werten.

Wir ersuchen höflich um Kenntnisnahme unserer Einwände.



Prim. Dr. Christa Rados
Präsidentin der ÖGPP



Dr. Manfred Müller
Bundesfachgruppenobmann Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

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 Psychiater pro 100.000 Einwohner im Jahr 2010 auf 3,4 Psychiater 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 Wahlärzte/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 VDmax** von 3,8 (ÖSG 2012) **auf 4,4** und der Mindestbevölkerung **BEVmin** 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 **BEVmin von 30.000** angegeben, was eine **VDmin von 3,3** ergibt, weshalb der in der Tabelle fälschlich mit 2,4 angegebene VDmin-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 gewährleisten.

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)

Anhang (Stellungnahme vom 2.9.2016)

