

Frau  
Präsidentin des Nationalrates  
Doris Bures  
Parlament  
1017 Wien

GZ: BMG-11001/0112-I/A/5/2016

Wien, am 7. Juni 2016

Sehr geehrte Frau Präsidentin!

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 8908/J der Abgeordneten Mühlberghuber und weiterer Abgeordneter** nach den mir vorliegenden Informationen wie folgt:

**Fragen 1 und 2:**

- *Wie viele Kinder und Jugendliche wurden 2014 bzw. 2015 wegen psychiatrischer Probleme stationär aufgenommen? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*
- *Wie viele Kinder und Jugendliche wurden davon in Erwachsenenstationen aufgenommen? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*

Im Jahr 2014 gab es 15.363 stationäre Krankenhausaufenthalte von Kindern und Jugendlichen (0 bis 19 Jahre), bei denen eine Hauptdiagnose aus dem ICD-10-Kapitel „05 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ codiert wurde (siehe Tabelle 1 der Beilage). Daten für das Jahr 2015 liegen derzeit noch nicht vor.

Davon erfolgten 5.954 Aufenthalte (38,8 %) auf Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 2.048 Aufenthalte (13,3 %) auf Einheiten für Kinder- und Jugend-Psychosomatik und 7.361 Aufenthalte (47,9 %) auf Abteilungen verschiedener Fachrichtungen für Erwachsene, darunter 2.816 Aufenthalte (18,3 %) auf Abteilungen für Erwachsenen-Psychiatrie.

Von den 0- bis 14-Jährigen fanden 46,9 % der Aufenthalte auf Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie, 21,5 % auf Einheiten für Kinder- und Jugend-Psychosomatik und

31,6 % auf Abteilungen verschiedener Fachrichtungen für Erwachsene statt, darunter nur 1 % auf Abteilungen für Erwachsenen-Psychiatrie.

Die entsprechenden Zahlen nach Bundesländern sind der Tabelle 1 der Beilage A zu entnehmen.

**Fragen 3 bis 5:**

- *Wie hoch ist die aktuelle Bettenmessziffer der Kinder- und Jugendpsychiatrie laut dem österreichischen Strukturplan Gesundheit? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*
- *Wie viele Betten sollten aufgrund dieser Bettenmessziffer für die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügbar sein? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*
- *Wie viele Betten sind tatsächlich derzeit für die Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügbar? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*

Die Bettenmessziffer (BMZ) gemäß dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012 ist eine Orientierungsgröße dafür, wie viele Betten je Fachrichtung pro 1.000 Einwohner/innen der Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2020 verfügbar sein sollten. Dabei wird ein Intervall angegeben (BMZ Minimum und BMZ Maximum), das bei der Planung die Berücksichtigung epidemiologischer und intersektoraler Versorgungsspezifika einer Region ermöglicht. In Bezug auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt das Intervall der Bettenmessziffer gemäß ÖSG 2012 zwischen 0,08 Betten (BMZ Minimum) und 0,13 Betten (BMZ Maximum) pro 1.000 Einwohner/innen (der Gesamtbevölkerung).

Im Jahr 2015 gab es österreichweit 389 Betten für Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP). Damit lag die Bettenmessziffer für KJP 2015 im Bundesdurchschnitt bei 0,05 Betten pro 1.000 Einwohner/innen (der Gesamtbevölkerung). Gemäß der Bettenmessziffer im ÖSG 2012 beträgt der bis zum Jahr 2020 zu erreichende Soll-Bettenstand zwischen mindestens 681 Betten (BMZ Minimum) und maximal 1.106 Betten (BMZ Maximum).

Die tatsächlichen Betten für KJP 2015 und die Soll-Betten 2020 gemäß ÖSG 2012 nach Bundesländern sind der Tabelle 2 der Beilage A zu entnehmen.

Zusätzlich zu den Betten in Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie gab es im Jahr 2015 weitere 138 Betten für die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Aufteilung nach Bundesländern siehe Tabelle 2 der Beilage A).

Derzeit steht zur Diskussion, die Bettenmessziffer für KJP etwas zu senken vor dem Hintergrund der Tatsache, dass die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen primär im ambulanten Bereich stattfinden sollte, da ein stationärer

Aufenthalt gerade für Kinder und Jugendliche – noch mehr als für Erwachsene – eine massive Belastung zusätzlich zur Belastung durch die Erkrankung bedeutet. Daher sollen Kinder und Jugendliche – unabhängig von der Art der Erkrankung – in jedem Fall so lange wie möglich in ambulanter Behandlung verbleiben können. Damit wird der Schwerpunkt für den weiteren Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Zukunft voraussichtlich stärker im ambulanten Versorgungsbereich liegen.

#### **Fragen 6 bis 10:**

- *Welchen Sinn hat der auch von der Volksanwaltschaft kritisierte „1:1-Ausbildungsschlüssel“ bei ärztlichen Sonderfächern?*
- *In welcher Rechtsnorm bzw. in welchem Paragraphen ist dieser Ausbildungsschlüssel explizit geregelt?*
- *Welche ärztlichen Sonderfächer sind davon betroffen?*
- *Ist dieser Ausbildungsschlüssel aktuell noch in Geltung, oder wurden hier bereits Änderungen vorgenommen?*
- *Wenn ja, soll er in Zukunft gelockert werden?*

Der sogenannte 1:1 Ausbildungsschlüssel ergibt sich aus § 10 Abs. 4 ÄrzteG 1998, wonach für jede Ausbildungsstelle neben der/dem Ausbildungsverantwortlichen oder der/dem mit der unmittelbaren Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte betrauten Fachärztin/Facharzt mindestens eine weitere/ein weiterer in Vollzeitbeschäftigung (oder mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärztinnen/Fachärzte im Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung) stehende/stehender zur selbständigen Berufsausübung berechnigte Fachärztin/berechnigter Facharzt des betreffenden Sonderfaches zu beschäftigen ist. Dies betrifft grundsätzlich alle Sonderfächer und ist nach wie vor aufrecht.

Dieser Ausbildungsschlüssel dient der Qualitätssicherung in der Ausbildung und der Vermittlung entsprechender Fachkompetenzen (eine Ausbildungsärztin/ein Ausbildungsarzt hat sich mit einer Turnusärztin/einem Turnusarzt auseinander zu setzen).

Davon darf in Ausnahmefällen gemäß § 10 Abs. 5 ÄrzteG 1998 im Falle eines sogenannten Mangelfaches abgesehen werden. So ist etwa das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin gemäß § 37 ÄAO 2015 als Mangelfach definiert, ebenso das Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, wodurch sich ein spezieller Ausbildungsschlüssel ergibt.

Die Übergangsbestimmung für Mangelfachregelungen lautet:

*„§ 37. (1) Bis 31. Mai 2021 ist für die Ausbildung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie im Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische*

*Medizin im Rahmen der Anerkennung einer Ausbildungsstätte bei der Festsetzung von mehr als einer Ausbildungsstelle der Ausbildungsverantwortliche auf die Zahl der zu beschäftigenden weiteren Fachärztinnen/Fachärzte bis zu einem Höchstmaß von drei weiteren Ausbildungsstellen anzurechnen, so dass für die Bewilligung der ersten vier Ausbildungsstellen die Anleitung und Aufsicht der Turnusärztinnen/Turnusärzte durch zwei Fachärztinnen/Fachärzte als ausreichend angesehen werden. Für jede weitere Ausbildungsstelle ist eine weitere Fachärztin/ein weiterer Facharzt in Vollzeitbeschäftigung (oder auch mehrere teilzeitbeschäftigte Fachärztinnen/Fachärzte im Ausmaß einer Vollzeitbeschäftigung) zu beschäftigen.“*

**Frage 11:**

- *Wie viele Kassenstellen gibt es derzeit für Kinder- und Jugendpsychiater? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*

Dazu verweise ich auf die in der Beilage B angeschlossene Stellungnahme des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

**Frage 12:**

- *Wie viele Ausbildungsplätze gibt es derzeit für Kinder- und Jugendpsychiater? (Aufschlüsselung nach den einzelnen Bundesländern)*

Zu den Ausbildungsstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin liegen folgende Daten vor:

Österreich	Bgld.	Ktn.	NÖ	OÖ	Sbg.	Stmk.	Tirol	Vbg.	Wien
71	1	4	15	14	6	7	4	3	17

**Frage 13:**

- *Welche Reformen werden Sie in Angriff nehmen, damit Kinder und Jugendliche künftig nicht mehr in Erwachsenenstationen aufgenommen und ausreichend Kinder- und Jugendpsychiater flächendeckend ausgebildet werden?*

Wie aus den beigefügten Auswertungen ersichtlich, erfolgten in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen nur ein Prozent der Aufnahmen auf Abteilungen für Erwachsenen-Psychiatrie. Bei den jugendlichen Patientinnen und Patienten kann es durchaus Sinn machen, diese auf Erwachsenen-Abteilungen aufzunehmen – entsprechende Transitionskonzepte mit klaren Standards für den Übergang zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie sollten in allen Bundesländern erarbeitet werden.

Darüber hinaus ist die Erreichung der Soll-Bettenstände in der KJP gemäß ÖSG und der weitere Ausbau der ambulanten Versorgung in den jeweiligen Bundesländern anzustreben, damit ausreichend spezialisierte Behandlungskapazitäten für die Altersgruppe der 0- bis 18-jährigen Personen mit psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Dr.<sup>in</sup> Sabine Oberhauser

Beilage

