

**1879/AB**  
Bundesministerium vom 11.07.2025 zu 2379/J (XXVIII. GP) [sozialministerium.gv.at](http://sozialministerium.gv.at)  
Arbeit, Soziales, Gesundheit,  
Pflege und Konsumentenschutz

Korinna Schumann  
Bundesministerin

Herrn  
Dr. Walter Rosenkranz  
Präsident des Nationalrates  
Parlament  
1017 Wien

---

Geschäftszahl: 2025-0.427.326

Wien, 8.7.2025

Sehr geehrter Herr Präsident!

---

Ich beantworte die an mich gerichtete schriftliche parlamentarische **Anfrage Nr. 2379/J der Abgeordneten Mag. Marie-Christine Giuliani-Sterrer betreffend Aktueller Zustand der psychosozialen Versorgung in Österreich** wie folgt:

Vorweg wird darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Fragen nur insoweit möglich ist, als den Krankenversicherungsträgern in der kurzen zur Verfügung stehenden Zeit Auswertungen möglich bzw. Informationen rasch verfügbar waren.

---

**Frage 1: Wie viele Personen befinden sich laut aktuellen Daten tatsächlich in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung in Österreich?**

- a. Wie verteilen sich diese Personen auf die verschiedenen Altersgruppen?
- b. Wie verteilen sich diese Personen auf ambulante und stationäre Behandlung?

Vorausschickend ist festzuhalten, dass die Frage nur zum Teil beantwortet werden kann: Aufgrund noch nicht verfügbarer Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich liegen keine Daten aus dem niedergelassenen Bereich vor, und es kann nicht festgestellt werden, ob eine Person, die stationär behandelt wurde, davor oder danach auch ambulant behandelt wurde oder wird. Zudem sind keine Inanspruchnahme-Daten von Personen

verfügbar, die eine Psychotherapie zur Gänze privat finanzieren. Dokumentiert werden ausschließlich teilweise oder ganz von einem Sozialversicherungsträger finanzierte Psychotherapien. Die verfügbaren Daten werden daher in zwei Gruppen gegliedert: a) psychotherapeutische Leistungen im niedergelassenen Bereich und b) ambulante und stationäre Spitalsbehandlung.

a) Psychotherapeutische Leistungen:

Gemäß einer Auswertung der Gesundheit Österreich GmbH für das Jahr 2022, basierend auf Daten der Sozialversicherungsträger in Österreich (außer Betriebskrankenkassen und Krankenfürsorgeanstalten) und der 13 Versorgungsvereine für Psychotherapie in allen neun Bundesländern, wurden 2022 mindestens 370.389 Personen (ca. 4 % der Gesamtbevölkerung) mit teilweise oder zur Gänze kassenfinanzierter Psychotherapie oder mit Leistungen der psychotherapeutischen Medizin erreicht. Dies entspricht den versorgungsplanerischen Schätzungen des Bedarfs von 3%-5% der Bevölkerung.

Nur 25% der Behandelten erhielten eine voll finanzierte Psychotherapie, 28% erhielten Kostenzuschüsse dafür. Der Großteil (47 %) erhielt ärztliche Leistungen (psychotherapeutische Medizin). Letztere ist allerdings nur begrenzt als Psychotherapie im Sinne der gängigen Wirkfaktorenmodelle zu verstehen: Gemäß dem Wirkfaktorenmodell gilt die therapeutische Beziehung, die eine höhere Anzahl an Einheiten pro Patient:in erfordert, als entscheidender Faktor für den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung.

Angaben der Sozialversicherungsträger für das Jahr 2024 zeigen ein ähnliches Bild der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Demnach waren in diesem Jahr 88.157 ÖGK-Versicherte und 63.839 BVAEB-Versicherte in Psychotherapie. Der SVS waren Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) befinden sich insgesamt 88.157 Personen (Stand Dezember 2024) in psychotherapeutischer Behandlung. Diese Fälle wurden im 4. Quartal 2024 von Vertragspartner:innen mit der ÖGK abgerechnet. Daten aus Krankenanstalten sowie Daten von Wahlärztinnen bzw. Wahlärzten sind darin nicht enthalten.

<b>Alter der PatientInnen</b>	<b>Anzahl der PatientInnen</b>
0 bis 4	194
5 bis 9	1344
10 bis 14	2031
15 bis 19	3510
20 bis 24	5916
25 bis 29	7263
30 bis 34	7546
35 bis 39	7489
40 bis 44	7883
45 bis 49	7734
50 bis 54	9125
55 bis 59	10977
60 bis 64	5964
65 bis 69	3143
70 bis 74	2126
75 bis 79	1933
80 bis 84	1895
85 bis 89	1210
90 bis 94	599
95 bis 99	239
ab 100	36
<b>Gesamt</b>	<b>88.157</b>

Von der BVAEB wird auf die nachfolgende Tabelle verwiesen. Dargestellt ist die Anzahl der in ambulanter Behandlung befindlichen Versicherten nach Alterskohorten. Aufgrund von Pauschalzahlungen in der Steiermark und Vorarlberg ist bei einzelnen Leistungsanbietern die Anzahl der behandelten Versicherten nicht auswertbar bzw. sind einzelne Versicherte keiner Alterskohorte zuordenbar (in Tabelle mit „n.z. pauschal“ angeführt).

Altersgruppe	Gesamt
0-9	<b>1.329</b>
10-19	<b>6.001</b>
20-29	<b>9.485</b>
30-39	<b>11.427</b>
40-49	<b>9.202</b>
50-59	<b>10.467</b>
60-69	<b>7.049</b>
70-79	<b>3.325</b>
80-89	<b>2.376</b>
ab 90	<b>653</b>
n.z. pauschal	<b>2.525</b>
Gesamt	<b>63.839</b>

Insgesamt erhält nur jeweils ca. 1 % der Bevölkerung eine voll finanzierte bzw. eine bezuschusste Psychotherapie im Sinne gängiger Wirkfaktorenmodelle. Wie groß der Anteil an Personen ist, die eine Psychotherapie ausschließlich als Privateistung in Anspruch nehmen, kann weder durch die Sozialversicherung noch durch die GÖG erfasst werden, da es dazu keine Dokumentation gibt.

#### b) Psychiatrische Behandlung im stationären oder spitalsambulanten Setting:

Aufgrund der derzeit noch nicht verfügbaren Diagnose-Dokumentation im niedergelassenen Bereich liegen nur Daten aus dem vollstationären und spitalsambulanten Bereich österreichischer Krankenanstalten vor. Da viele Patient:innen jedoch vor allem im niedergelassenen Bereich behandelt werden, sind Rückschlüsse auf die epidemiologische Lage in Österreich auf Basis der Daten nur sehr bedingt möglich.

Im Jahr 2023 wurden 51.272 Patient:innen auf psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen stationär behandelt. 76.701 Patient:innen wurden im Jahr 2023 spitalsambulant psychiatrisch bzw. kinder- und jugendpsychiatrisch behandelt.

Nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Anzahl Patient:innen nach Altersgruppen, welche 2023 im Krankenhaus stationär oder spitalsambulant psychiatrisch behandelt wurden:

Altersgruppe	Anzahl Patient:innen spitalsambulant	Anzahl Patient:innen stationär
00 bis 04 Jahre	1.053	49
05 bis 09 Jahre	2.140	198
10 bis 14 Jahre	4.761	1.595
15 bis 19 Jahre	8.026	3.592
20 bis 24 Jahre	6.444	3.449
25 bis 29 Jahre	6.849	3.910
30 bis 34 Jahre	6.774	4.024
35 bis 39 Jahre	6.713	4.345
40 bis 44 Jahre	6.019	4.224
45 bis 49 Jahre	5.269	4.202
50 bis 54 Jahre	5.746	5.040
55 bis 59 Jahre	5.713	5.382
60 bis 64 Jahre	3.964	3.153
65 bis 69 Jahre	2.654	2.033
70 bis 74 Jahre	2.054	1.665
75 bis 79 Jahre	1.900	1.626
80 bis 84 Jahre	1.955	1.943
85 bis 89 Jahre	964	1.056
90 Jahre und älter	466	680

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

Die aktuellsten Zahlen zu Patient:innen mit einer Hauptdiagnose aus dem ICD-10 Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ sind für das Erhebungsjahr 2023 der angefügten Auswertung zu entnehmen. Diese betreffen ausschließlich den stationären und spitalsambulanten Bereich.

### **Patientinnen mit einer Hauptdiagnose aus ICD10-Kapitel '05 Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)'**

Datenquelle: Diagnosen- und Leistungsdokumentation / Erhebungsjahr:  
2023

KH-Bereich	Patient:innen
stationär	66.213
spitalsambulant	32.148

**Frage 2: Wie viele kassenfinanzierte Psychotherapieplätze stehen aktuell in Österreich zur Verfügung? (Bitte um getrennte Aufschlüsselung nach Bundesländern)**

Diese Frage kann auf Basis der schon für Frage 1 herangezogenen Daten für das Jahr 2022 und Daten der Sozialversicherungsträger für das Jahr 2024 nur teilweise beantwortet werden. Insgesamt wurden im Jahr 2022 mindestens 370.389 Personen (ca. 4 % der Gesamtbevölkerung) mit kassenfinanzierter Psychotherapie (teil- oder vollfinanziert) oder

Leistungen der psychotherapeutischen Medizin erreicht. Diese Zahlen bilden die Inanspruchnahme für das Jahr 2022 ab und geben gleichzeitig Auskunft darüber, wie viel kassenfinanziertes psychotherapeutisches (und psychotherapienahes) Angebot zur Verfügung stand und in Anspruch genommen wurde.

Die nachfolgende Tabelle zeigt eine Aufschlüsselung der Patient:innen, Einheiten und Einheiten pro Patient:in nach Bundesland. Die meisten Patient:innen werden in Vorarlberg (ÖKG) und in Wien (ÖGK) mit zur Gänze oder teilweise kassenfinanzierter Psychotherapie versorgt. Die meisten Einheiten pro Person werden in Tirol, Salzburg und Wien verzeichnet. Hierbei ist jedoch auf Datenlimitationen hinzuweisen – nicht alle Landestellen konnten Zahlen aller Angebotsformen liefern (Details im Bericht von Gruber et al. 2024 zu finden).

Patient:innen, Einheiten und Einheiten pro Patient:in im Jahr 2022:

Kasse	Einheiten pro Patient:in	Einheiten	PatientInnen 2022
ÖGK_B	6,51	91.377	14.043
ÖGK_K	3,56	99.848	28.077
ÖGK_NÖ	8,94	316.815	35.440
ÖGK_OÖ	6,28	213.572	34.034
ÖGK_SG	11,47	138.942	12.117
ÖGK_ST	7,45	225.504	30.285
ÖGK_T	9,41	178.733	18.988
ÖGK_VG	1,08	61.796	57.411
ÖGK_W	12,69	531.402	41.862
BVAEB	5,74	391.983	68.254
SVS	7,42	221.620	29.878
Summen		2.471.591	370.389

Quellen: DSVS; GÖG - eigene Berechnungen

Der mit befasste Dachverband der Sozialversicherungsträger teilte mit, dass seitens der Sozialversicherungsträger in den vertraglich vereinbarten Kontingenten mit den Versorgungsvereinen (siehe Frage 3) Einheiten und nicht Therapieplätze abgerechnet werden. Insofern kann die Frage nach Therapieplätzen nicht in der gewünschten Form beantwortet werden.

In der ÖGK stehen auf Basis des beschlossenen Maßnahmenplans zum Ausbau der Psychotherapie folgende Psychotherapie-Kontingente (in Einheiten) zur Verfügung:

Burgenland	34.737
Kärnten	63.446
Niederösterreich	217.635
Oberösterreich	156.898
Salzburg	93.457
Steiermark	146.454
Tirol	123.529
Vorarlberg	45.071
Wien	293.774
Gesamt	1.175.001

Zusätzlich können ÖGK-Versicherte psychotherapeutische Leistungen bei weiteren Vertragspartnern, z.B. Primärversorgungseinheiten (PVE) oder Ärzten, in Anspruch nehmen. Diese Kapazitäten sind in den obigen Zahlen nicht enthalten.

Die BVAEB stellte im Jahr 2024 157.726 Therapiestunden als Sachleistung zur Verfügung (vgl. folgende Tabelle). Über Pauschalen finanzierte Therapieeinheiten in Vorarlberg sind nicht auswertbar. Über Kostenzuschüsse und -erstattungen wurden ca. 310.000 Stunden mitfinanziert.

Bundesland	kassenfinanziert
Wien	<b>43.965</b>
NÖ	<b>39.927</b>
Bgld	<b>5.336</b>
OÖ	<b>7.534</b>
Stmk	<b>27.373</b>
Ktn	<b>7.287</b>
Sbg	<b>6.901</b>
Tirol	<b>15.487</b>
Vbg	<b>3.917</b>
	<b>157.726</b>

Der SVS waren Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

**Frage 3: Wurden zusätzliche Kassenverträge seit dem Jahr 2020 in Österreich mit Psychotherapeuten sowie Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie abgeschlossen? (Bitte um Aufschlüsselung nach Jahren)**

a. Wenn ja, wie hoch ist die Zahl der vergebenen Kassenverträge jeweils?

- b. Wenn ja, wie verteilen sich diese Kassenverträge auf die einzelnen Bundesländer?*
- c. Wenn ja, wie hat sich die Anzahl dieser Kassenverträge im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt?*

Hinsichtlich dieser Frage verweise ich auf die Beilage 1.

In der Datei erhalten Sie die Kassenstellenveränderung im Bereich der Fachrichtungen [Psychiatrie, Neurologie, Psychiatrie und Neurologie, Neurologie und Psychiatrie sowie Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin] je Bundesland im Zeitraum von 2020 bis jetzt.

Für die Erhebung wurde die Zählweise nach „Köpfen“ herangezogen; das bedeutet, dass im Falle von Gruppenpraxen alle Teilhaberinnen und Teilhaber einzeln gezählt wurden. Angesichts der aktuellen Situation wird erwähnt, dass gerade im Bereich der Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. Neurologie unbesetzte Stellen vorhanden sind.

Die folgende Tabelle zeigt die Veränderungen an Kassenverträgen bezogen auf Fachärzt:innen für Psychiatrie und Neurologie seit 2020 in den Bundesländern.

Entwicklung der Anzahl der Vertragsfachärztinnen/-ärzte<sup>(1)</sup> für Psychiatrie, inkl. Neurologie und Psychiatrie:

	2020	+	-	2021	+	-	2022	+	-	2023	+	-	2024 <sup>(2)</sup>
<b>Summe Österreich</b>	<b>221</b>	<b>4</b>	<b>-10</b>	<b>215</b>	<b>14</b>	<b>-13</b>	<b>216</b>	<b>12</b>	<b>-14</b>	<b>214</b>	<b>20</b>	<b>-16</b>	<b>218</b>
Burgenland	7	0	0	7	1	0	8	0	0	8	1	-2	7
Kärnten	14	0	-1	13	2	-1	14	0	-1	13	0	0	13
Niederösterreich	35	0	-2	33	2	-4	31	1	-1	31	3	-2	32
Oberösterreich	29	2	-2	29	1	-1	29	3	-3	29	5	-2	32
Salzburg	19	0	0	19	2	-2	19	2	-2	19	1	0	20
Steiermark	30	0	-1	29	2	-2	29	3	-5	27	1	-4	24

Tirol	19	0	-2	17	1	0	18	0	0	18	2	-1	19
Vorarlberg	12	1	0	13	0	0	13	0	0	13	3	0	16
Wien	56	1	-2	55	3	-3	55	3	-2	56	4	-5	55

Angaben jeweils zum Stand per Jahresende, sowie die im Lauf des Jahres neu hinzugekommenen (+) und weggefallenen (-) Vertragsärztinnen/-ärzte.

(1) Als Kassenverträge gelten Verträge mit ÖGK, BVAEB und SVS. Verträge mit KFA/KUF sowie reine VU-Verträge werden nicht berücksichtigt. (2) Daten für 2024 noch nicht abschließend validiert.

Datenquelle: GÖG-Datenbasis basierend auf den Ärztelisten der ÖÄK/ZÄK und Informationen des DSVS zum Vorliegen von Kassenverträgen

Hinsichtlich Entwicklungen im Bereich Psychotherapie übermittelte der Dachverband der Sozialversicherungsträger folgende Informationen:

Im Bereich der Psychotherapie erfolgt die Versorgung überwiegend über das sogenannte Vereinssystem. Dabei bestehen keine direkten Verträge mit einzelnen Psychotherapeuten, sondern es wurden Verträge mit Versorgungsvereinen geschlossen. Diese Vertragsvereine sind verpflichtet, die vereinbarte psychotherapeutische Versorgung im Rahmen ihrer vertraglichen Aufgaben sicherzustellen.

Bei der ÖGK erfolgte in den vergangenen Jahren entsprechend dem beschlossenen Maßnahmenplan zur Psychotherapie eine Erhöhung um 300.000 zusätzliche Stunden. Ein Teil dieser Stunden wurde für den Ausgleich von ländlichen Versorgungsdefiziten bzw. für vulnerable Gruppen (insb. Kinder; schwerste Störungen wie z.B. Traumatisierungen) verwendet. Auch konnten neue Versorgungsangebote, z.B. durch Invertragnahme neuer Vertragspartner oder im Rahmen von Primärversorgungseinrichtungen, geschaffen werden.

Der SVS waren Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Von der BVAEB werden im Bereich der Psychotherapie keine Kassenverträge mit freiberuflichen Therapeutinnen bzw. Therapeuten abgeschlossen, sondern bei leistungserbringenden Vereinen Stundenkontingente eingekauft.

Seit dem Jahr 2020 wurden 22 zusätzliche Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie in Vertrag genommen; weitere 13 Fachärztinnen bzw. Fachärzte für Psychiatrie wurden seit 2024 im Wege der Aktion „+ 100 Planstellen“ in Vertrag genommen.

Jahr	Kein Vorgänger	Neue PS 100
2020	6	
2021	2	
2022	3	
2023	5	
2024	5	10
2025 HJ 1	1	3
Gesamt	22	13

#### Frage 4:

- *Wurden im Zeitraum von 2020 bis heute zusätzliche Therapieplätze in Österreich geschaffen?*
  - a. *Wenn ja, in welchen Bereichen der psychischen Gesundheitsversorgung wurden diese geschaffen (zum Beispiel Psychotherapie)?*
  - b. *Wenn ja, wie wurden diese zusätzlichen Therapieplätze finanziert und welche Träger sind dafür zuständig*

Da Vergleichsdaten aus Erhebungen der Gesundheit Österreich GmbH nur für die Jahre 2014 und 2022 vorliegen, wird eine Teilbeantwortung auf dieser Grundlage vorgenommen.

Dementsprechend geht aus den Datenerhebungen der Berichte von Grabenhofer-Eggerth & Sator (2020; Datenbasis 2014) und Gruber et al. (2024; Datenbasis 2022) hervor, dass im Jahr 2022 mindestens 370.389 Personen mit psychotherapeutischen oder psychotherapienahen Angeboten erreicht wurden. Im Jahr 2014 waren es 237.000 Personen. Das entspricht einer gesteigerten Versorgung um etwa 133.000 Personen im untersuchten Achtjahres-Zeitraum. An dieser Stelle ist anzumerken, dass auch die Anzahl der anspruchsberechtigten Personen in der Krankenversicherung von 8.424.406 Personen im Jahr 2014 auf 8.942.791 Personen im Jahr 2022 (Zuwachs von 518.385 Anspruchsberechtigten, also 6,2 %) gestiegen ist.

Zusätzlich wurden im Rahmen der „Gesund aus der Krise“-Projekte seit Projektstart im Jahr 2022 mehr als 40.000 Kinder und Jugendliche psychotherapeutisch und klinischpsychologisch behandelt, dabei waren mehr als 1.500 Behandler:innen, die insgesamt 25 Sprachen anbieten, eingebunden.

Seitens der ÖGK wird auf die Beantwortung zu den Fragen 2 und 3 verwiesen.

Der SVS sind Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Von der BVAEB wurden Therapiekapazitäten, sowohl in der Psychiatrie als auch im Bereich der Psychotherapie, laufend erweitert. Eine Angabe von Therapieplätzen ist nicht möglich, da der Bedarf je nach Diagnose und Gesundheitszustand unterschiedlich ist und mit den Leistungserbringerinnen bzw. Leistungserbringern daher keine Therapieplätze, sondern Ordinationsstunden oder Therapiestunden vereinbart werden.

- a. *Wenn ja, in welchen Bereichen der psychischen Gesundheitsversorgung wurden diese geschaffen (zum Beispiel Psychotherapie)?*

Die o.g. Zahlen beziehen sich auf Psychotherapie-Plätze. Zu Entwicklungen in anderen Versorgungsbereichen siehe Fragen 2 und 3.

Darüber hinaus wurde im ASVG mittlerweile die klinisch-psychologische Behandlung verankert. Nähere Ausführung hierzu finden sich in der Beantwortung der Frage 6.

- b. *Wenn ja, wie wurden diese zusätzlichen Therapieplätze finanziert und welche Träger sind dafür zuständig?*

Kassenfinanzierte psychotherapeutische oder psychotherapiennahe Angebote der SV-Träger werden durch das gesetzliche Krankenversicherungssystem finanziert.

„Gesund aus der Krise“ wird durch mein Ressort finanziert. Nach € 12,2 Mio. in der ersten Projektphase erfolgte in der zweiten Phase eine Aufstockung auf € 19 Mio. In der dritten, bis Juni 2025 anberaumten Phase, für die ursprünglich ebenfalls € 19 Mio. bereitgestellt wurden, wurden im Oktober 2024 weitere € 4,5 Mio. aufgebracht.

**Frage 5:**

- *Haben sich die Wartezeiten auf Therapieplätze seit der Corona-Pandemie verlängert?*
  - a. *Wenn ja, wie stark ist der Anstieg?*
  - b. *Wenn ja, wie lange beträgt die durchschnittliche Wartezeit derzeit für Therapieplätze?*

Seitens der Sozialversicherungsträger wird angemerkt, dass nicht von allen Vertragspartnern flächendeckend und einheitlich Wartezeiten erfasst werden. Zudem hängen Wartezeiten stark vom individuellen Behandlungsanlass ab – dringliche Fälle sowie Kinder und Jugendliche erhalten eine bevorzugte Behandlung, sodass die Therapie in solchen Fällen in der Regel zeitnah beginnen kann. Umgekehrt kann sich die Wartezeit verlängern, wenn Versicherte besondere Wünsche äußern, etwa eine Behandlung bei einem bestimmten Behandler bzw. einer bestimmten Behandlerin, oder wenn sie zeitlich nur eingeschränkt flexibel sind. Es können daher keine verallgemeinerbaren Aussagen getroffen werden.

Unterschiede gibt es auch zwischen Gruppen- und Einzeltherapien: Der Beginn einer Gruppentherapie ist in den meisten Fällen sofort oder zumindest kurzfristig möglich. Die ÖGK und Vertragspartner bemühen sich intensiv, Gruppentherapien für die Versicherten attraktiv zu gestalten und deren Koordination zu optimieren. Es ist anzumerken, dass ein großer Teil der Versicherten in gleichwertiger oder sogar besserer Qualität in einer Gruppe behandelt werden könnte; dieses Angebot wird jedoch häufig ablehnt. Dafür nehmen Betroffene längere Wartezeiten in Kauf.

Darüber hinaus wird von der ÖGK auf die Beantwortung zu Frage 3 verwiesen. Durch den gleichzeitigen Ausbau der Versorgungsangebote ist davon auszugehen, dass auf den gestiegenen Bedarf angemessen reagiert wurde.

Der SVS und der BVAEB sind Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

Darüber hinaus wird auf die Beantwortung zu Frage 3 verwiesen.

**Frage 6:**

- *Wird es in naher Zukunft eine weitere Aufstockung der Therapieplätze geben, um der steigenden Nachfrage gerecht zu werden?*
  - a. *Wenn ja, wann und in welchem Umfang sind entsprechende Maßnahmen geplant?*

Durch die mit 1. Jänner 2024 in Kraft getretene Novelle des ASVG (bzw. der jeweiligen Sondergesetze), wodurch die klinisch-psychologische Behandlung gemäß § 135 ASVG (bzw. der entsprechenden Bestimmungen in den Sondergesetzen) der ärztlichen Hilfe gleichgestellt wurde, haben sich neue Versorgungsmöglichkeiten seitens der gesetzlichen Krankenversicherung ergeben.

Bei der ÖGK wurde mit Juli 2024 ein weiterer Ausbau der psychosozialen Versorgung beschlossen, der unter anderem vorsieht, eine vertragliche Grundlage zur klinisch-psychologischen Behandlung im Rahmen des seitens des Bundes zur Verfügung gestellten Budgets zu verhandeln; die Verhandlungen laufen derzeit. Der Ausbau der vollfinanzierten Psychotherapiestunden um 300.000 Stunden mehr als im Jahr 2018 wurde bis Jahresende 2023 erfolgreich abgeschlossen. Damit stehen österreichweit über eine Million Einheiten zur Verfügung. Dies führte zu einer signifikanten Erweiterung des Angebots in allen Bundesländern entsprechend der Bewohnerzahlen.

Geplant ist des Weiteren, den bedarfsgerechten Ausbau der multiprofessionellen Versorgungszentren zu forcieren und gemeinsam mit den Ländern umzusetzen. Gleichzeitig ist die Versorgung kontinuierlich zu evaluieren, um einen allfälligen weiteren bedarfsorientierten Ausbau vornehmen zu können. Die ÖGK arbeitet laufend an einem Versorgungsausbau im Sinne Ihrer Versicherten.

Bei der BVAEB wurden die Therapiekapazitäten ebenfalls laufend angehoben. Die Qualifikation der klinisch-psychologischen Behandlung als Krankenbehandlung wird in den Folgejahren zusätzliche Behandlungskapazitäten durch eine weitere Berufsgruppe generieren. Zudem werden psychosoziale Ambulatorien (insbesondere auch für spezielle Zielgruppen, z.B. Kinder, Alkoholabhängige, etc.) als zusätzliche Versorgungseinrichtungen im Wege von Landes-Zielsteuerungsprojekte umgesetzt.

Der SVS waren Auswertungen in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht möglich.

In Bezug auf das Projekt „Gesund aus der Krise“ wird es im Jahr 2025 eine Überbrückungslösung geben, um einerseits die Zuweisungen und Behandlungen möglichst rasch wieder aufnehmen zu können und andererseits im Sinne der Kontinuität und aus ökonomischen Gründen die Projektstrukturen aufrechterhalten zu können. Dafür stehen im Jahr 2025 15,2 Mio. € zu Verfügung.

Ab 2026 soll dann – ebenfalls im Sinne der Kontinuität – eine Lösung gefunden werden, die einen mehrjährigen Betrieb erlaubt. Hierfür wird – im Einvernehmen mit dem BMF – eine mehrjährige Sonderrichtlinie erarbeitet, um den Vorgaben des Regierungsprogrammes gerecht werden zu können. Ab 2026 sollen pro Jahr 19,95 Mio. € bereitgestellt werden.

Darüber hinaus ist im Regierungsprogramm 2025-2029 unter dem Titel „Kindergesundheitspaket“ ein Ausbau der Sachleistungsversorgung im medizinischen und therapeutischen Bereich vorgesehen, der beispielhaft auch die Weiterführung und den Ausbau von „Gesund aus der Krise“ nennt. Ebenso ist im aktuellen Regierungsprogramm unter dem Titel „Ausbau des niedergelassenen und ambulanten Versorgungsangebots“ unter anderem auch der bedarfsorientierte Ausbau der psychischen Versorgung sowie der Ausbau des Versorgungsangebots für psychische Gesundheit vorgesehen. Entsprechende Arbeiten werden u.a. über die Zielsteuerung-Gesundheit eingetaktet. Hier ist es bspw. erstmals gelungen, ein eigenes Ziel zu verankern, das sich der Verbesserung der psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen widmet. Das ist ein wichtiger und überfälliger Schritt hin zu einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung, in der die psychosoziale Gesundheit der Versorgung somatischer Erkrankungen gleichgestellt ist. So soll u.a. ein umfassendes Konzept zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen erarbeitet werden sowie die Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit gestärkt werden. Durch die Involvierung aller Systempartner in der Zielsteuerung-Gesundheit (Bund, Länder und SV) besteht hier großes Potential für unbedingt erforderliche, tiefgreifende und nachhaltige Weiterentwicklungen im System.

#### **Frage 7:**

- *Wie lange sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen kassenfinanzierten Psychotherapieplatz? (Bitte um getrennte Bekanntgabe nach Bundesländern)*

Hierzu wird auf die Beantwortung der Frage 5 verwiesen.

**Frage 8:**

- *Planen Sie Maßnahmen, um die Versorgung mit Psychotherapie insbesondere für Kinder und Jugendliche zu verbessern?*
  - a. *Wenn ja, welche Maßnahmen sind das?*
  - b. *Wenn nein, warum nicht?*

Ja, das Projekt Gesund aus der Krise wird fortgeführt. Darüber hinaus erfolgt eine umfassende Bearbeitung des Themas im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit. Zu beiden Aspekten wird auf die Ausführungen zu Frage 6 verwiesen.

Ergänzend wird angemerkt, dass ein besonderer Fokus auch auf der Versorgung von vulnerablen Gruppen, Kindern und Jugendlichen liegt. Aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht wird dazu weiters auf die Beantwortung zu Frage 7 der parlamentarischen Anfrage Nr. 2070/J d. Abg. Schwaighofer betreffend Psychopharmaka-Verschreibungen für Kinder und Jugendliche infolge der Corona-Maßnahmen verwiesen.

**Frage 9:**

- *Welche finanziellen Mittel wurden in der letzten Gesetzgebungsperiode für psychische Gesundheitsversorgung budgetiert?*
  - a. *Welche konkreten Projekte wurden damit unterstützt?*

Mein Ressort hat folgende Mittel in der letzten Gesetzgebungsperiode für psychische Gesundheitsversorgung budgetiert, aufgelistet nach Jahren:

	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
Gesund aus der Krise		12,2 Mio	19 Mio	23,5 Mio
Sonderrichtlinie Stärkung d. Krisenintervention in Ö	-	2,9 Mio	1,8 Mio	4,6 Mio
RESET/Asylkoordination Ö	950.000,--	1 Mio	1 Mio	1 Mio

Im Rahmen der Sonderrichtlinie „Stärkung der Krisenintervention in Österreich“ wurden dabei folgende Projekte/Organisationen gefördert:

- Telefonseelsorge
- Rat auf Draht
- Die Möwe
- Caritas St.Pölten
- PSD Wien
- PSD Burgenland
- Pro mente Austria

- Männernotruf Steiermark
- PSZ Stockerau
- Pro mente OÖ (Stärkung der Krisenhilfe)
- Pro mente OÖ (chat.box)
- PSD Steiermark
- Suchthilfe Tirol
- Integrative Sozialpsychiatrie Tirol
- Pro mente Salzburg
- ÖGS/SUPRA (Gatekeeper Schulungen)
- Kriseninterventionszentrum
- Verein VsUM (Verein zur Förderung eines selbstbestimmten Umgangs mit Medien)
- Pro mente Kärnten (Village Kärnten)
- Pro mente Steiermark
- Pro mente Vorarlberg mit AKS Gesundheit

Angemerkt wird, dass im Zuge des Gesundheitsreformmaßnahmen-Finanzierungsgesetzes (GesRefFinG) mit der ab 1. Jänner 2024 der ärztlichen Hilfe gleichgestellten klinisch-psychologischen Behandlung (siehe Frage 6) seitens des Bundes 50 Mio. Euro für das Jahr 2024 und 25 Mio. Euro für das Jahr 2025 für die Sozialversicherung zur Verfügung gestellt wurden.

#### Frage 10:

- *Ist eine nationale Strategie für psychische Gesundheit in Vorbereitung oder bereits umgesetzt?*
  - a. *Wenn ja, wie sieht diese konkret aus?*

Es gibt ein Empfehlungspapier des Beirats für psychosoziale Gesundheit für die Erarbeitung einer nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit. Darüber hinaus wurde im Rahmen des Umsetzungsprozesses zu den Gesundheitszielen Österreich das Gesundheitsziel 9 „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ mit drei Wirkungszielen ausgearbeitet und darauf aufbauend Maßnahmen in Umsetzung gebracht. Ein Gesamtkonzept für die psychosoziale Versorgung in Österreich soll im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit in den nächsten Jahren erarbeitet werden.

Im Folgenden wird eine Auswahl der bereits jetzt bearbeiteten Themen und Inhalte gegeben:

- **Suizid verhüten:** Das 2012 ins Leben gerufene **nationale Suizidpräventionsprogramm SUPRA** sowie das 2019 publizierte SUPRA-Umsetzungskonzept wurden bereits mehrmals als internationales Best Practice-

Beispiel ausgewählt, im Rahmen der kürzlich zu Ende gegangenen EU-Joint Action ImplenMENTAL entsprechend evaluiert und die europaweite Ausrollung entsprechender Programme angeregt. Das Ergebnis dieser Evaluierung ist der Aktionsplan 2025-2030, der sich bereits in Umsetzung befinden.

- **Abbau von Stigmatisierung:** Aufgrund der Komplexität des Phänomens Stigma und der Hartnäckigkeit gesellschaftlicher Einstellungen und Vorurteile wurde von der Arbeitsgruppe zum österreichischen Gesundheitsziel 9 die Etablierung einer „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ als zentrale Maßnahme des Handlungsfelds „Gesellschaft und Entstigmatisierung“ angeregt. Diese Kompetenzgruppe soll – einem Mental-Health-in-All-Policies-Ansatz (MHiAP) folgend – die Expertise aus Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen zum Thema bündeln und auf Basis von bestehender Evidenz und Best-Practice-Beispielen ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen entwickeln. Des Weiteren fungiert die Kompetenzgruppe als Drehscheibe für bestehende und neue Projekte, damit diese durch interdisziplinären Austausch und Nutzung von Synergien angereichert und gezielter koordiniert werden können.
- Einbindung Betroffener: Die **Vernetzungsplattform der Expertinnen und Experten aus eigener Erfahrung für psychische Gesundheit** dient der Unterstützung der selbst betroffenen Interessenvertreter:innen, um eine chancengerechte Mitarbeit in Gremien und Entscheidungsgruppen zu fördern und das Risiko der Überforderung einzelner betroffener Personen im gremialen Engagement zu reduzieren. Durch Austausch, Diskussion, Entwicklung gemeinsamer Anliegen und Rückkoppelung an die Gruppen und Organisationen kann die Interessengruppe der Menschen mit psychischen Erkrankungen als größeres Kollektiv sukzessive gestärkt werden. Darüber hinaus wird mit der Etablierung der Vernetzungsplattform auch ein wichtiger Schritt in Richtung Partizipation und gesellschaftliche Inklusion gesetzt.

#### Frage 11:

- *In welcher Weise wird derzeit psychische Gesundheitsprävention in Schulen, am Arbeitsplatz und in Pflegeeinrichtungen umgesetzt?*

Der Begriff „Gesundheitsprävention“ bedeutet wörtlich die Vermeidung der psychischen Gesundheit. Es wäre daher korrekter, von der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention psychischer Erkrankungen zu sprechen.

Für die mit der Mitbeantwortung befassten Sozialversicherungsträger hat es höchste Priorität, im Rahmen der Gesundheitsförderung und Prävention dazu beizutragen, Versicherten und deren Angehörigen ein hohes Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Der gesetzliche Auftrag umfasst auch, gezielt für Gruppen von Anspruchsberechtigten – abgestellt auf deren Lebenswelten – Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramme und daraus abgeleitete Maßnahmen anzubieten.

Im Bereich der **Schulischen Gesundheitsförderung** bietet die soziale Krankenversicherung ein vielfältiges, zielgerichtetes, für Schulen kostenfreies Angebot für unterschiedlichste Zielgruppen an. Die Angebotspalette in der Schulischen Gesundheitsförderung wird laufend evaluiert und aktualisiert. Die nachfolgend von der ÖGK dargestellten Angebote und Maßnahmen beziehen sich grundsätzlich bzw. im Wesentlichen auf alle Krankenversicherungsträger.

#### Angebot für alle Schultypen: Prozessbegleitung

Im Rahmen der Prozessbegleitung von Schulen werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Pädagogen, Schülern, Erziehungsberechtigte und nicht-unterrichtendes Personal gesetzt; dies auch zur Stärkung der psychischen Gesundheit.

Die Prozessbegleitung ist eine dreijährige Begleitung der Schule und richtet sich – individuell zugeschnitten – nach den Bedarfen und Bedürfnissen der Schule. Die Begleitung folgt einem definierten Projektmanagement-Zyklus mit Diagnose-, Analyse-, Planungs-, Umsetzungs- und Evaluierungsphase.

Das Leistungspaket für die Schule umfasst unter anderem:

- Dreijährige Projektbegleitung direkt an der Schule durch qualifizierte Prozessbegleitung
- Finanzielle Unterstützung für Maßnahmenumsetzung
- Kostenfreie Angebote zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen und Informationsmaterialien
- Nachhaltigkeitsangebote (z.B. fortsetzende Prozessbegleitung, finanzielle Unterstützung, Fortbildungen)

### Angebot für alle Schultypen: Schoolbox

Die Schoolbox ist eine Sammlung von kostenlosen Webinaren zur Schulischen Gesundheitsförderung. Beispiele für Webinare im Bereich Psychische Gesundheit sind:

- Fortbildungen von Lehrern zur Burnout-Prävention
- Umgang mit Stress, Krisenkommunikation, etc.
- Mentale Tipps für mehr Wohlbefinden im Schulalltag
- Entspannungsübungen für zwischendurch

### Angebot für alle Schultypen: Dialog Gesunde Schule

Der „Dialog Gesunde Schule“ ist eine jährlich stattfindende, halbtägige Netzwerkveranstaltung, welche regelmäßig unter das Schwerpunktthema „Psychische Gesundheit“ bzw. dessen Abhandlungen gestellt wird. Im Zuge dieser Veranstaltung wird unter anderem theoretische Wissensvermittlung mit praktischen Workshops kombiniert. Die Zielgruppe sind alle in und im Umfeld der Schule agierende Personen.

### Angebot für alle Schultypen: GET – Gesunde Entscheidungen Treffen

Das Projekt „GET“ basiert auf umfassenden, praxisnahen Arbeitsmaterialien (z.B. Stundenbilder, Arbeitsblätter, Infoblätter, Philosophieren zum Thema, Spiele, Pädagogen-Infos) für den Unterricht zur Stärkung der Gesundheitskompetenz der Schüler mit dem Ziel, kritisches, reflektiertes und offenes Denken anzuregen und zu fördern.

Diese Materialien werden der teilnehmenden Schule kostenlos zur Verfügung gestellt und bei einem Einschulungstermin für alle interessierten Pädagogen übergeben. Die Themen der „GET“-Materialien sind breit gefächert und legen einen Schwerpunkt auf die psychosoziale Gesundheit.

### Angebot für alle Schultypen: Arbeitsunterlagen und Informationsmaterialien für Schulen

Die „Service Stellen gesunde Schule“ stellen Schulen Broschüren und weitere Materialien zu allgemeinen Themen der schulischen Gesundheitsförderung sowie zu Schwerpunktthemen wie z.B. psychosoziale Gesundheit und Suchtprävention zur Verfügung.

Folgende Materialien gibt es unter anderem zur Psychischen Gesundheit:

- Burnout-Prävention für Lehrer
- Entspannung, Achtsamkeit und Auflockerungsübungen für Kinder und Jugendliche in der Schule
- Plakat Achtsame Konferenz, Familienregeln
- Minibuch Beste Freunde, Eine echt gute Idee, Wir halten zusammen, Ich mag mich

#### Angebot für Volksschulen: Mit Menti und Super-Menti auf Reisen

Seit mehreren Jahren wird die Schulische Gesundheitsförderung (SGF) angeboten. Die Grundlage für dieses Maßnahmenbündel bildet die empirisch gesicherte Erkenntnis, dass das schulische Umfeld großen Einfluss auf die körperliche, psychische und soziale Gesundheit von Lehrpersonen, Kindern und Jugendlichen, nicht-unterrichtendem Personal sowie Eltern hat. Unter dem Motto „Wir sind Klasse“ begleitet die SGF Bildungseinrichtungen auf dem Weg zu mehr Gesundheit und Wohlbefinden.

Gesundheitsförderung in der Schule bedeutet Einflüsse so zu gestalten und zu verändern, dass sie die Gesundheit der Menschen im schulischen Umfeld möglichst positiv beeinflussen. Da körperliche, psychische und soziale Gesundheit eng miteinander verwoben sind, berücksichtigt erfolgreiche Gesundheitsförderung alle drei Bereiche.

Speziell mit dem Angebot „Mit Menti und Super-Menti auf Reisen“ soll die psychische Gesundheit von Volksschulkindern (empfohlen ab der zweiten Schulstufe) gestärkt werden. Die Geschichten von Menti und Super-Menti helfen Kindern, Emotionen bei sich und anderen zu erkennen und zu benennen. Gemeinsam mit Experten wurden leicht verständliche und unterhaltsam illustrierte Arbeitsbücher für Kinder, Lehrkräfte und Eltern entwickelt, die den Schulen kostenlos zur Verfügung stehen. Mit Bewegungsübungen oder Bastel-Anleitungen kann dieses Thema in den verschiedensten Unterrichtsstunden – sowohl als einzelne Übung als auch als ganzer Projekttag – den Kindern verständlich vermittelt werden. Die Materialien können von Schulen unter [www.gesundheitskasse.at/menti](http://www.gesundheitskasse.at/menti) kostenlos bestellt werden. Zudem werden regelmäßig Online-Lehrkräftekfortbildungen zum gezielten Einsatz der Materialien angeboten.

#### **Frage 12:**

- Welche spezifischen Programme und Initiativen werden Arbeitgebern von Seiten des Bundes zur Verfügung gestellt, um psychische Gesundheit am Arbeitsplatz zu fördern?

Einleitend wird auf den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und die Fördermöglichkeiten zu Betrieblicher Gesundheitsförderung verwiesen.

Für den Bereich der Prävention von arbeitsbedingten psychischen Belastungen gilt allgemein: Gefahren durch psychische Fehlbelastungen am Arbeitsplatz müssen gemäß ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und Bundes-Bedienstetenschutzgesetz ermittelt und beurteilt werden. Erforderliche Maßnahmen müssen umgesetzt und auf Wirksamkeit geprüft werden. Der Arbeitsschutz stellt ein Handlungsfeld im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM) dar. Auch die Betriebliche Gesundheitsförderung sowie das Betriebliche Eingliederungsmanagement unterstützen die psychische Gesundheit mit freiwilligen Initiativen.

Auf der Website der Arbeitsinspektion stehen umfangreiche Informationen zum Arbeitsschutz zur Verfügung: Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastung.

Der mit befasste Dachverband der Sozialversicherungsträger übermittelte folgende Beantwortung:

Im Bereich der sozialen Krankenversicherung ist die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) eines der erfolgreichsten Beratungsprogramme. Unternehmen werden auf dem Weg zu mehr Gesundheit für alle Mitarbeiter begleitet.

Über 4.000 Betriebe aller Größen und Branchen nehmen dieses Programm bereits in Anspruch. BGF ist ein erfolgreicher und flexibler Ansatz der Organisationsentwicklung, mit dem Betriebe sich aktuellen Herausforderungen stellen können. Sie trägt nicht nur zur Veränderung von individuellen Verhaltensweisen bei, sondern gestaltet vor allem auch Arbeitsbedingungen gesünder.

Die BGF beinhaltet aufgrund ihrer biopsychosozialen Ausrichtung immer auch die Förderung der psychischen Gesundheit. Ein wirksames und auf Nachhaltigkeit ausgerichtetes Handlungsfeld zur Förderung der psychischen Gesundheit beinhaltet,

- die Orientierung an den einzelnen Phasen des BGF-Prozesses (Ist-Analyse, Planung, Umsetzung und Evaluation) zur Ableitung und Umsetzung passender Maßnahmen,
- ein Bündel aufeinander abgestimmter verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen, das der Stärkung von Ressourcen, der Optimierung von Belastungen und der Unterstützung fehlbeanspruchter Mitarbeiter dient sowie

- Maßnahmen zum gesundheitsförderlichen Führungsverhalten, da Vorgesetzte aufgrund ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht in der Regel einen hohen Einfluss auf die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeitenden haben.

Im Rahmen des BGF-Serviceangebots wird den Kooperationsbetrieben auch ein umfassendes Maßnahmenangebot zur Verfügung gestellt. Dazu zählen z.B. zahlreiche Online-Vorträge (u.a. Stressresilienz am Arbeitsplatz, Burnout-Prävention, Digital Detox), Stressmanagement-Seminare vor Ort oder Programme zur Ausbildung von Multiplikatoren für die Förderung der psychischen Gesundheit im Betrieb (BGF-MindGuard).

Die Umsetzung von qualitätsvoller psychischer Gesundheitsförderung beinhaltet ein Bündel von im BGF-Prozess partizipativ zu erarbeitenden Maßnahmen, das auf den jeweiligen Betrieb zugeschnitten ist. Studien zeigen, dass die Kombination von Interventionen zur Förderung der individuellen Gesundheit (z.B. Stressmanagementseminare, individuelle Coachings) mit solchen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen (z.B. Optimierung der Arbeitsorganisation/Arbeitsabläufe, Verbesserung von Kommunikation und Feedback, klare Definition von Rollen und Verantwortungsbereichen) die effektivste Form zur Förderung der psychischen Gesundheit ist. Die BGF wird dem durch die ganzheitliche und systematische Herangehensweise gerecht.

Zudem bietet beispielsweise die BVAEB für Personen, die aufgrund ihrer Tätigkeit bei der BVAEB versichert sind, eine berufsorientierte Gesundenuntersuchung als Ergänzung zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung an, die speziell auf den Arbeitsplatz ausgerichtet ist und in den Modulen „Stress“ und „Schlaf“ psychische Fragebögen und ein psychologisches Gespräch vorsieht. Bei Auffälligkeiten wird hier auf weitere Angebote verwiesen, wie das BVAEB-eigene Angebot der „psychologischen Sprechstunde“ oder auf den niedergelassenen Bereich. Das Angebot der „psychologischen Sprechstunde“ steht grundsätzlich allen Versicherten der BVAEB ab dem 18. Lebensjahr zur Verfügung und kann innerhalb von zwölf Monaten bis zu drei Mal in Anspruch genommen werden. In diesem 50-minütigen Gespräch (vor Ort, telefonisch, online) mit einer klinischen Psychologin bzw. klinischem Psychologen können zeitnah und niederschwellig Probleme jeglicher Art besprochen und eine erste Orientierung gegeben werden.

### **Frage 13:**

- *Welche Rolle spielt die Arbeitsmedizin bei der Unterstützung von psychischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen im Arbeitsumfeld?*

Arbeitsmediziner:innen spielen als Präventivfachkräfte mit ihrer Expertise für Gesundheit eine sehr große Rolle. Sie sind neben Sicherheitsfachkräften verpflichtend im Arbeitsschutz hinzuziehen und unterstützen Arbeitgebende und Arbeitnehmende in Fragen von psychischer Gesundheit und der Prävention arbeitsbedingter psychischer Erkrankungen. Eine maßgebliche Rolle spielt dabei eine wirksame und sinnvolle Herangehensweise an die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen. In Folge der ASchG-Novelle BGBl. I Nr. 118/2012 wurde auch die Ausbildung der Arbeitsmediziner und Arbeitsmedizinerinnen hinsichtlich psychischer Gesundheit am Arbeitsplatz und der Evaluierung psychischer Belastungen ausgeweitet.

**Frage 14:**

- *Welche Maßnahmen sind zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen vorgesehen?*

Im Jahr 2018 wurde die Kompetenzgruppe Entstigmatisierung etabliert. Dieses interdisziplinäre, intersektorale und multiperspektivische Expertengremium besteht aus rund 40 ausgewählten Expert:innen aus den Bereichen Wissenschaft, psychosozialer Versorgungspraxis, Verwaltung, Kultur, Medien und Erfahrungswissen. Dieses Gremium entwickelte auf Basis bestehender Evidenz und von Best-Practice-Beispielen Empfehlungen für ein koordiniertes multistrategisches Vorgehen gegen das Stigma psychischer Erkrankungen in Österreich. Empfehlungen wurden entlang der vier Ebenen von Stigma (Selbststigmatisierung, direkte Stigmatisierung, strukturelle Stigmatisierung und kulturelle Stigmatisierung) formuliert und veröffentlicht. Darauf basierend wurden diese Empfehlungen in einem multistrategischen Empfehlungskatalog zusammengeführt. Dieser findet sich unter folgendem Link:

[https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4490/1/Bericht\\_koordiniertes%20Vorgehen\\_bf.pdf](https://jasmin.goeg.at/id/eprint/4490/1/Bericht_koordiniertes%20Vorgehen_bf.pdf)

Derzeit liegt der Fokus auf der Entwicklung eines Umsetzungskonzepts.

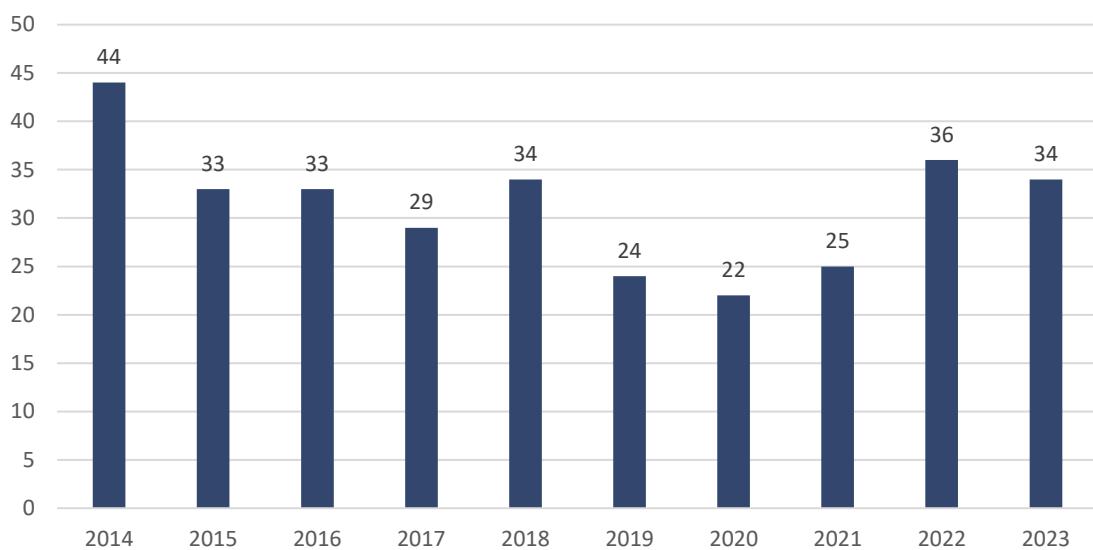
**Frage 15:**

- *Wie viele Suizide bei Kindern und Jugendlichen unter 20 Jahren wurden in den Jahren 2020 bis 2024 in Österreich registriert? (Bitte um Aufschlüsselung nach Jahren und Geschlecht und nach Bundesland)*

Wenngleich Suizide im Jugendalter die zweihäufigste Todesursache nach Verletzungen und Vergiftungen darstellen, ist die absolute Anzahl an Suiziden bei Jugendlichen gering und

unterliegt großen Schwankungen. Daher ist es üblich, einen längeren Beobachtungszeitraum zu betrachten, weshalb nachfolgend die Suizidfälle in der Altersgruppe der Unter-20-Jährigen zwischen 2014 und 2023 dargestellt werden. Für 2024 wurde die Todesursachenstatistik der Statistik Austria noch nicht veröffentlicht.

2020, im ersten Jahr der Corona-Pandemie, wurden insgesamt – über alle Altersgruppen – besonders wenige Suizide registriert – ein Phänomen, das international zu beobachten war. Danach kam es zu einer temporären Zunahme. 2023 wurden wieder weniger Suizide gezählt als 2022. Dieser Verlauf ist auch bei der Anzahl der Suizide bei Unter-20-jährigen zu beobachten. Anzahl Suizide bei Unter-20-jährigen, 2014-2023:



Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

Pro Bundesland betrachtet ist die Anzahl der Suizide in dieser Altersgruppe so gering, dass Schwankungen nur mit Vorsicht zu interpretieren sind.

Anzahl Suizide bei unter 20jährigen Personen nach Bundesland, 2014-2023:

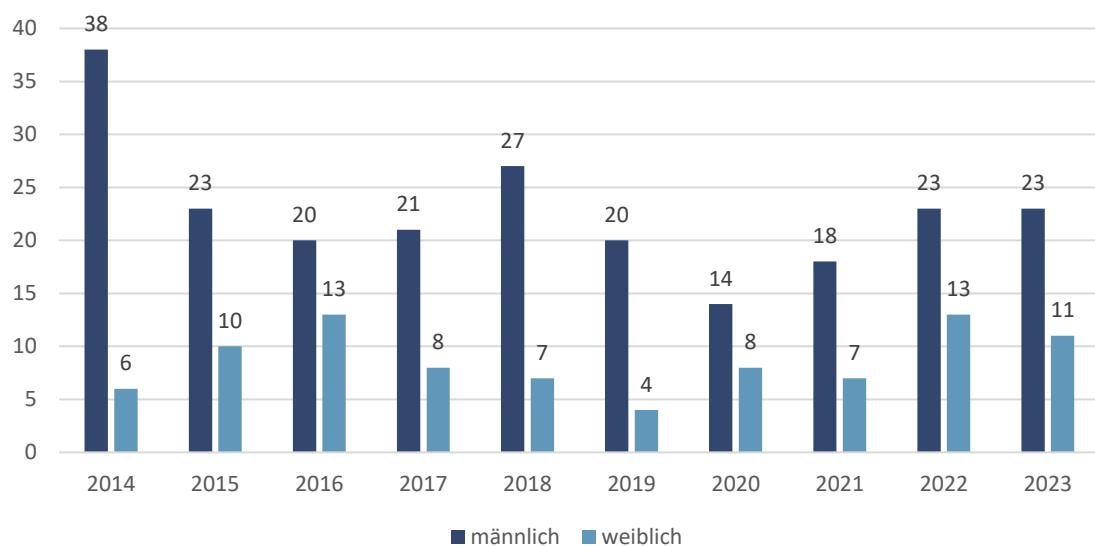
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Burgenland	1	0	0	1	2	0	3	0	0	1
Kärnten	5	4	2	1	4	3	1	3	1	1
Niederösterreich	8	8	3	6	10	5	3	4	8	8
Oberösterreich	9	8	7	5	4	3	6	4	7	1
Salzburg	3	1	4	3	1	3	0	2	2	2
Steiermark	5	5	8	5	2	4	3	9	9	5
Tirol	2	1	1	4	5	2	3	0	3	5
Vorarlberg	3	2	2	1	1	2	2	1	2	7
Wien	8	4	6	3	5	2	1	2	4	4

---

Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

Nach Geschlecht betrachtet kam es in den letzten Jahren zu ähnlichen, teilweise zeitversetzten Schwankungen. 2023 gingen Suizide bei Mädchen und jungen Frauen nach dem temporären Anstieg 2022 wieder zurück, während es bei Burschen und jungen Männern zu gleich vielen Suiziden wie 2022 kam. Insgesamt suizidieren sich deutlich mehr Burschen als Mädchen.

Anzahl Suizide bei unter 20jährigen Personen nach Geschlecht, 2014-2023:




---

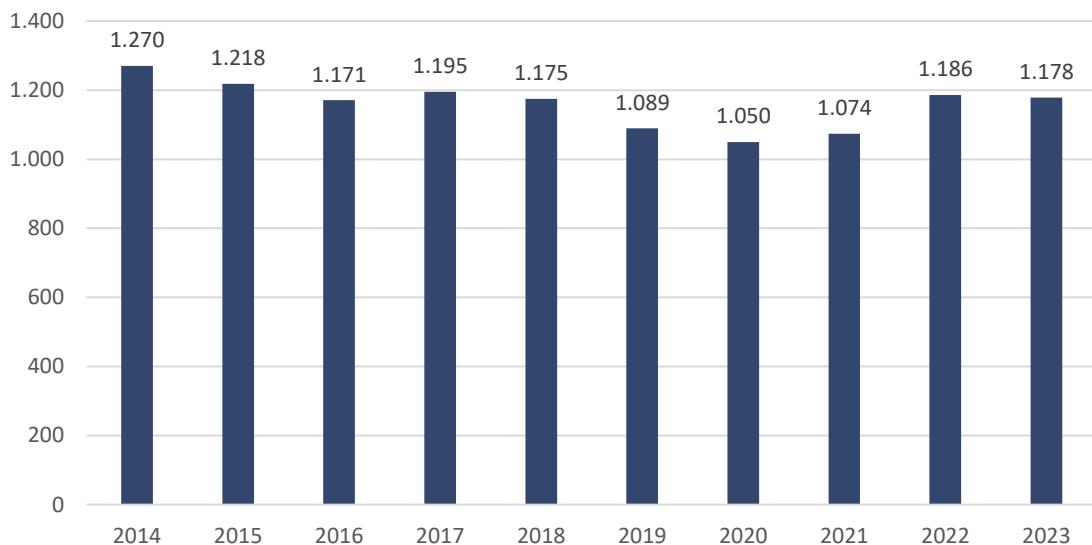
Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

#### Frage 16:

- *Wie viele Suizide bei jungen Erwachsenen und Erwachsenen über 20 Jahren wurden in den Jahren 2020 bis 2024 in Österreich registriert? (Bitte um Aufschlüsselung nach Jahren und Geschlecht und nach Bundesland)*

Wie bei Frage 15 wird auch hier aufgrund der hohen jährlichen Schwankungen und der noch nicht veröffentlichten Todesursachenstatistik 2024 der Zeitraum zwischen 2014 und 2023 dargestellt. Es zeigt sich bei den über 20jährigen Personen ein ähnlicher Verlauf wie in der Altersgruppe bis 20.

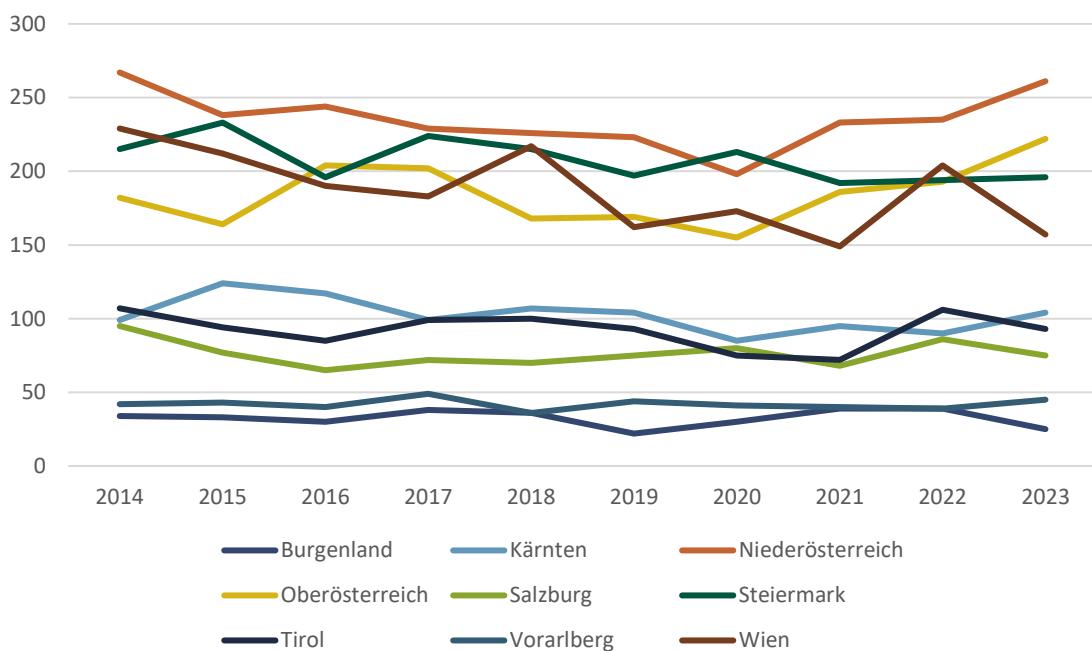
Anzahl Suizide bei Personen ab 20 Jahren, 2014-2023:



Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

Nach Bundesland betrachtet ergeben sich für den Beobachtungszeitraum folgende Verläufe:

Anzahl Suizide bei Personen ab 20 Jahren nach Bundesland, 2014-2023:

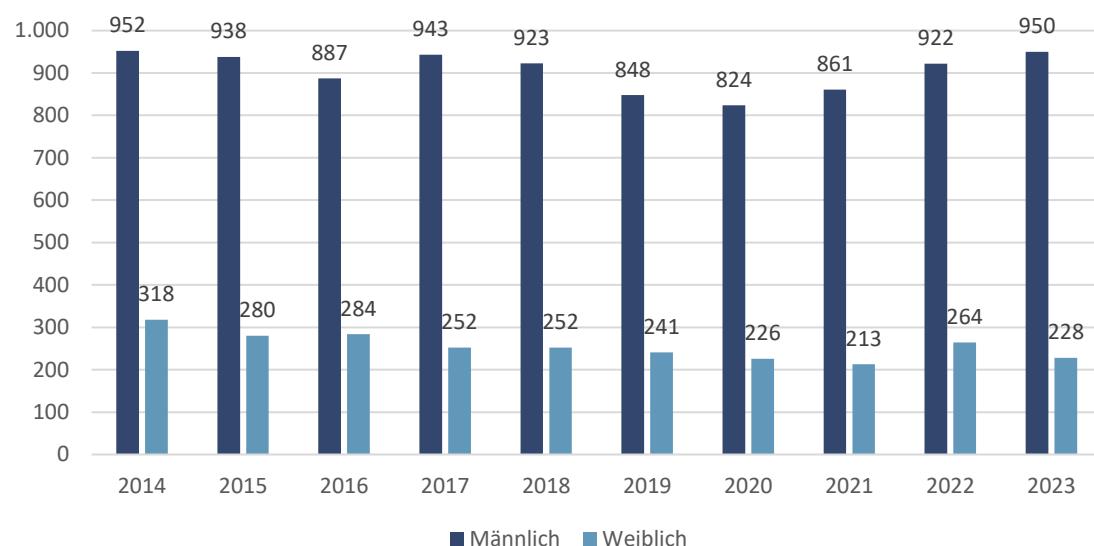


Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

Während Suizide bei Frauen ab 20 Jahren 2023 wieder zurückgingen, wurden 2023 mehr

Suizide bei Männern über 20 Jahren verzeichneten als 2022. Insgesamt suizidierten sich deutlich mehr Männer als Frauen.

Anzahl Suizide bei Personen ab 20 Jahren nach Geschlecht, 2014-2023:



---

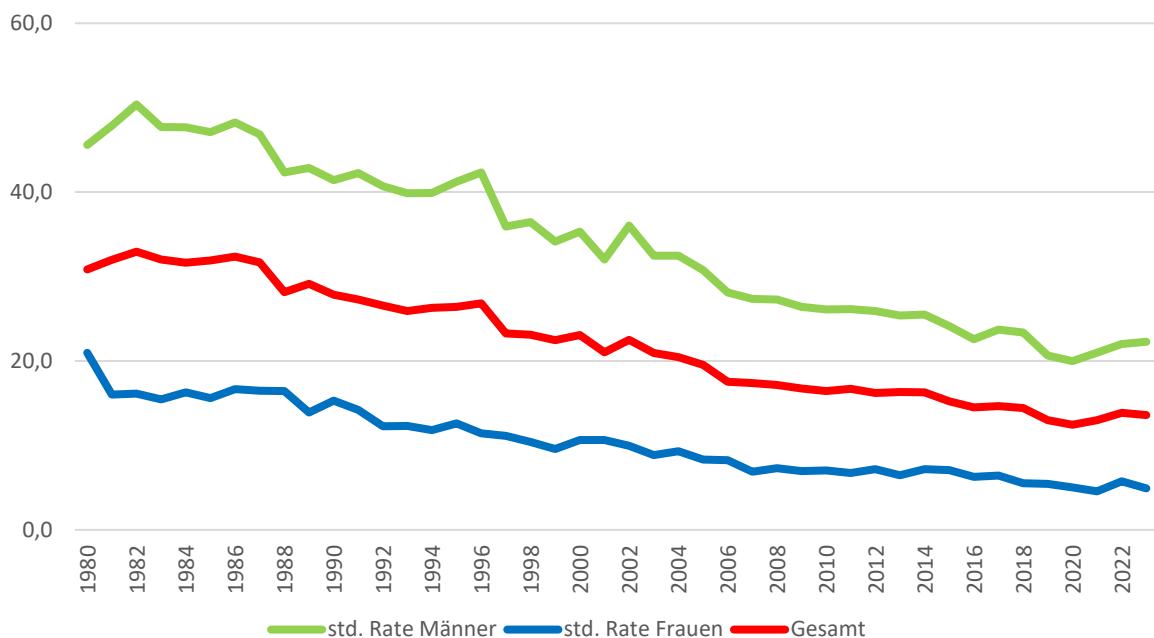
Datenquelle: Statistik Austria – Todesursachenstatistik; Auswertung und Darstellung: GÖG

**Frage 17:**

- *Waren in den Jahren vor der Coronapandemie österreichweit sinkende Suizidzahlen zu beobachten?*

Die Suizidraten gehen in Österreich mit temporären Schwankungen seit den 1980er Jahren zurück.

Verlauf der standardisierten Suizidraten (pro 100.000 EW) in Österreich 1980–2023:



Quelle/Rohdaten: Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG (Standardbevölkerung Europa 2013)

Im Vergleich zum Jahr 2022, in dem ein temporärer Anstieg der Suizidraten zu verzeichnen war, nahm die Suizidrate bei Frauen 2023 wieder um 13 Prozent ab, die Suizidrate bei Männern blieb im Vergleich zum Vorjahr stabil. Der relative Rückgang der Suizidraten im Vergleich der Jahre 1986 und 2023 ist mit rund 62 Prozent bei den Frauen stärker ausgeprägt als bei den Männern mit etwa 36 Prozent.

#### Frage 18:

- *Haben pandemiebedingte Belastungen, schulische Überforderung, soziale Isolation oder familiäre Krisen bei der Zunahme von Suizidfällen eine Rolle gespielt?*

Die Gründe für einen Suizid sind nie monokausal. Ob oben genannte Faktoren eine Rolle bei Suiziden während der Pandemie spielten, ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht beantwortbar.

#### Frage 19:

- *Welche Maßnahmen zur Früherkennung von Suizidgefahr bei Kindern und Jugendlichen bestehen derzeit in Schulen und Gesundheitseinrichtungen?*

Bzgl. Maßnahmen in Schulen wird auf die Zuständigkeit des Bildungsministeriums verwiesen. Bzgl. der Aktivitäten der Sozialversicherung wird auf die Ausführungen unter Frage 11 verwiesen.

Die Etablierung von Maßnahmen zur Früherkennung von Suizidgefahr in Gesundheitseinrichtungen obliegt den jeweiligen Trägern der Gesundheitseinrichtungen sowie den einzelnen Bundesländern. Mein Ressort verfügt hier über keine Übersicht.

**Frage 20:**

- *Welche psychosozialen Notfall- oder Krisendienste sind derzeit österreichweit verfügbar und wie werden diese in Anspruch genommen?*

Unter folgenden Links sind Kriseneinrichtungen und Notrufnummern gelistet:

Kriseneinrichtungen und psychosoziale Hilfsangebote | Gesundheitsportal

<https://www.gesundheit.at/leben/suizidpraevention/anlaufstellen/kriseneinrichtungen.html>

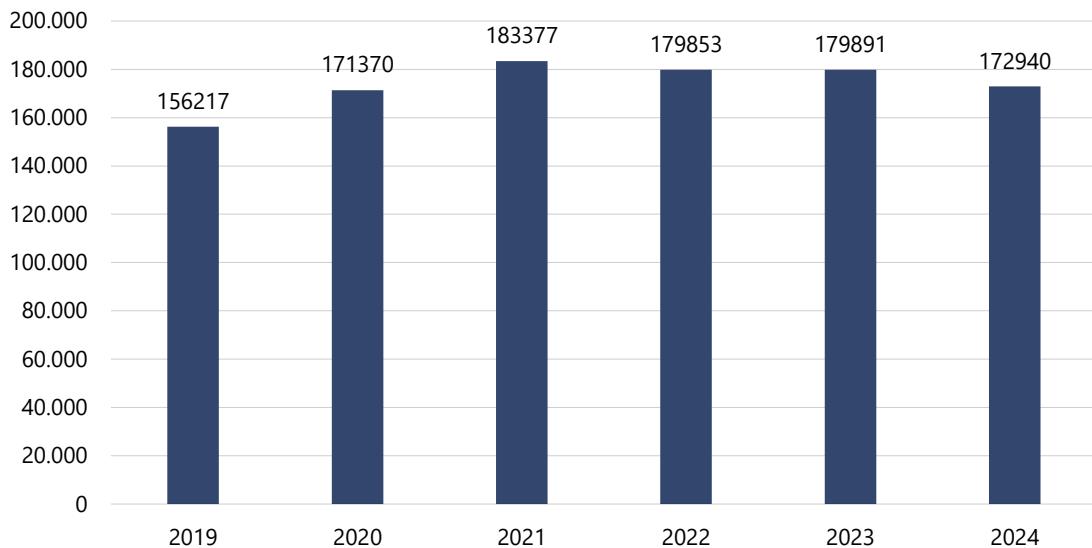
Notrufnummern bei Krise und Suizidgefahr | Gesundheitsportal

[https://www.gesundheit.at/leben/suizidpraevention/betroffene/krisentelefonnummer\\_n.html](https://www.gesundheit.at/leben/suizidpraevention/betroffene/krisentelefonnummer_n.html)

Bezüglich der Inanspruchnahme liegen der Gesundheit Österreich GmbH Daten der Telefonseelsorge, von Rat auf Draht, der Krisenhilfe OÖ und von PsyNot vor.

Die Anzahl Beratungen bei der **Telefonseelsorge** nahm zwischen 2019 und 2021 deutlich zu. Seitdem wurde ein leichter Rückgang beobachtet, wenngleich das Anrufer-Aufkommen noch immer höher liegt als vor der Corona-Pandemie.

Anzahl Beratungen bei der Telefonseelsorge, 2019–2024:

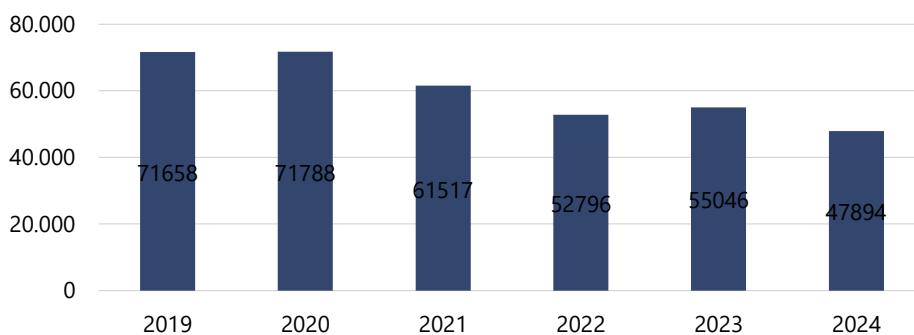



---

Datenquelle: Telefonseelsorge; Auswertung und Darstellung: GÖG

Bei **Rat auf Draht** nahm die Anzahl der Beratungen in den letzten Jahren ab. Für den Rückgang sind unterschiedliche Faktoren verantwortlich. Unter anderem haben laut Auskunft der Hotline Anrufe abgenommen, bei denen sich Jugendliche nur Informationen einholen, da hierfür verstärkt das Internet genutzt wird. Des Weiteren hat die Gesprächsdauer der einzelnen Beratungen in den letzten Jahren zugenommen, vor allem bei den Gesprächen zum Thema Psychische Erkrankungen und mentale Gesundheit.

Anzahl Beratungen bei Rat auf Draht, 2019–2024:

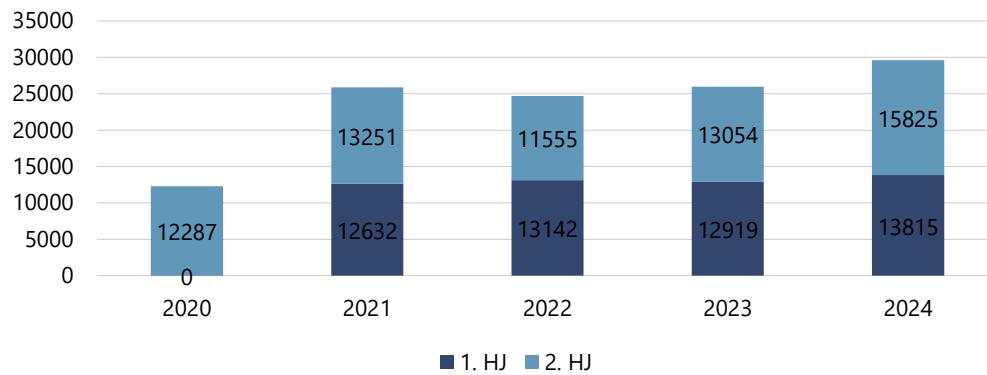



---

Datenquelle: Rat auf Draht; Auswertung und Darstellung: GÖG

Für die **Krisenhilfe OÖ** liegen der GÖG Daten seit 2020 vor. Hier wurde nach einem leichten Rückgang 2022 ein Anstieg an Kontakten ab 2023 beobachtet.

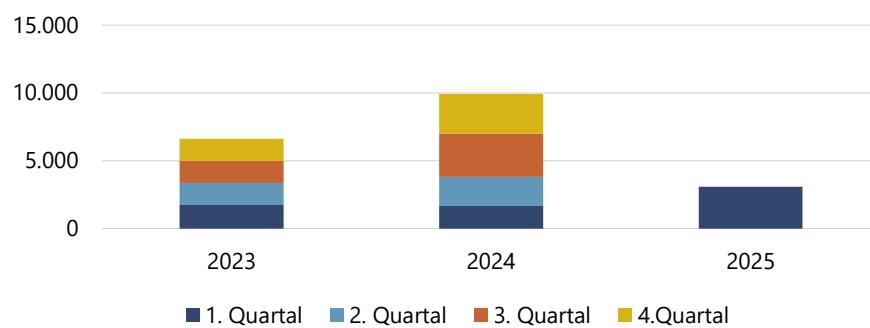
Anzahl Kontakte der Krisenhilfe OÖ, 2020–2024:



Datenquelle: Krisenhilfe OÖ; Auswertung und Darstellung: GÖG

Das psychiatrische Krisentelefon der **Steiermark PsyNot** existiert seit 2023. Hier wurde ebenfalls eine Zunahme an Beratungen beobachtet. Da sich die Hotline noch im Aufbau befindet, ist eine Interpretation der Zunahme als Steigerung des Bedarfs nicht zulässig.

Anzahl Beratungen bei PsyNot, 2020–2024:



Datenquelle: PsyNot; Auswertung und Darstellung: GÖG

#### Frage 21:

- Inwiefern werden Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Psychotherapieangebote in Bezug auf Suizidprävention gestärkt?*

Die Etablierung von Maßnahmen zur Früherkennung von Suizidgefahr in Gesundheitseinrichtungen obliegt den jeweiligen Trägern der Gesundheitseinrichtungen sowie den einzelnen Bundesländern. Mein Ressort verfügt hierzu über keine Übersicht.

Neben den zahlreichen Aktivitäten der Krankenversicherungsträger wird insbesondere auf „Rat auf Draht“ hingewiesen. Beispielsweise die ÖGK unterstützt „Rat auf Draht“ jährlich mit einer Summe von 50.000 bis 60.000 Euro, als direkteste Anlaufstelle für suizidgefährdete Kinder und Jugendliche. Neben der Telefonberatung umfasst das Angebot auch eine anonyme Chat-Beratung, Informationsvermittlung über die Website und soziale Netzwerke sowie Peerberatung (Jugendliche beraten Jugendliche). In fachlicher Hinsicht werden Beiträge der ÖGK auf der „Rat auf Draht“- Homepage veröffentlicht. „Rat auf Draht“ gibt auch rund vier Mal pro Jahr kostenlose Online-Fortbildungen für die „Projektschulen“.

Ergänzend wird auf die Beantwortung der Fragen 3 und 11 verwiesen.

#### **Frage 22:**

- *Wie hoch sind die Wartezeiten auf psychotherapeutische Hilfe bei suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen, sowie Erwachsenen?*

Bei suizidgefährdeten Kindern und Jugendlichen ist eine Behandlung im niedergelassenen Bereich nicht indiziert bzw. unzureichend und daher eine ehestmögliche stationäre Aufnahme bzw. engmaschige Betreuung durch spezialisierte Einrichtungen (z.B. Kriseninterventionszentren) anzustreben. Daten zu Wartezeiten liegen meinem Ressort nicht vor.

Auch vom Dachverband wird zu dieser Frage angemerkt, dass im Falle einer akuten Suizidgefahr eine Behandlung im niedergelassenen Bereich nicht indiziert bzw. unzureichend und daher eine ehestmögliche stationäre Aufnahme bzw. engmaschige Betreuung durch spezialisierte Einrichtungen (z.B. Kriseninterventionszentren) anzustreben ist. Die Vertragspartner:innen der Krankenversicherungsträger sind in diesen Fällen bemüht, die Versicherten zielgerichtet an die richtige Stelle weiterzuleiten oder – sollte doch eine niedergelassene Psychotherapie indiziert sein – ehestmöglich eine Behandlung zu vermitteln. Die rasche psychotherapeutische Hilfe für diese vulnerable Gruppe hat höchste Priorität.

#### **Fragen 23 und 24:**

- *Wie wird sichergestellt, dass auch in ländlichen Gebieten adäquate Hilfe verfügbar ist?*
- *Gibt es Pläne, die Anzahl der Ausbildungsplätze für Kinder- und Jugendpsychotherapeuten zu erhöhen?*

*a. Wenn ja, wie sehen diese konkret aus?*

*b. Wenn nein, warum werden keine zusätzlichen Ausbildungsplätze geschaffen?*

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung ist die wohnortnahe Versorgung durch die Regionalen Strukturpläne (RSG) gesichert.

Zudem sind die Vertragspartner der Krankenversicherungsträger, insbesondere die Versorgungsvereine, bundeslandweit tätig und haben die Verpflichtung, eine regional ausgewogene Versorgung auch in ländlichen Gebieten sicher zu stellen.

Darüber hinaus verfügt grundsätzlich jedes Bundesland über entsprechende regionale Suizid-Präventions-Angebote.

#### **Frage 25:**

- *Welche sind aktuell die häufigsten psychischen Erkrankungen nach ICD-10-Klassifikation?*

Für den Erwachsenenbereich gibt es in Österreich bislang nur eine einzige repräsentative Erhebung (Wancata 2017). Die Ein-Jahres-Prävalenz ist bei der ICD-10 Diagnosegruppe Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) mit 13,9 Prozent am höchsten, gefolgt von Affektiven Störungen (F3) mit 11,6 Prozent und Substanzmissbrauch-/Abhängigkeit ohne Tabak (F1) mit 5 Prozent.

Ein-Jahres-Prävalenz nach ICD-10 Diagnosegruppen:

<b>ICD 10 Diagnosengruppe</b>	<b>Ein-Jahres-Prävalenz in %</b>
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	13,9
Affektive Störungen (F3)	11,6
Substanzmissbrauch-/Abhängigkeit ohne Tabak (F1)	5
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)	2,8
Persönlichkeitsstörung (F6)	1,5
Psychosen (F2)	1
Psycho-organische Erkrankungen (F0)	0,1
Alle psychischen Erkrankungen (F0-F9)	22,7

Quelle: Wancata, Johannes (2017): Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich. Wissenschaftlicher Bericht. Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung, Wien

Aktuellere Daten liegen der GÖG aufgrund der noch nicht vorhandenen Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich nur aus dem stationären Bereich österreichischer Krankenanstalten vor. Rückschlüsse auf die epidemiologische Lage sind auf dieser Grundlage nur sehr bedingt möglich. Folgende weitere Limitationen hinsichtlich der Aussagekraft der Daten sind zu berücksichtigen: Inanspruchnahmезahlen ermöglichen keine Aussagen zu jenen Personengruppen, die aufgrund verschiedener Barrieren Unterstützungsangebote nicht in Anspruch nehmen können bzw. die nicht aktiv nach Hilfe suchen. Des Weiteren wird die Inanspruchnahme durch Änderungen bei der Verfügbarkeit des Angebots beeinflusst (z.B. Stations- oder Bettenschließungen). Zudem besteht die Möglichkeit, dass sich aufgrund bereits erreichter Kapazitätsgrenzen ein gesteigerter Bedarf an Unterstützung in den Daten nicht abbildet.

Die häufigste ICD-10 Diagnosegruppe im Jahr 2023, die als Hauptdiagnose bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern gestellt wird, ist (F30-F39) Affektive Störungen, gefolgt von (F10-F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und (F40-F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.

#### **Frage 26:**

- *Wie verteilen sich die Fallzahlen auf die wichtigsten Diagnosen (z.B. Depression, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Suchterkrankungen)?*
  - a. *Welche Altersgruppen sind davon am stärksten betroffen?*

Folgende Tabelle beruht auf Daten aus dem stationären Bereich österreichischer Krankenanstalten (Limitationen siehe Frage 25).

Anzahl Patient:innen und Aufenthalte nach ICD-10 F-Diagnosegruppen, 2023:

Diagnose (Gruppe)	Patient:innen	Aufenthalte
(F30–F39) Affektive Störungen	20.011	26.802
(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	15.916	23.434
(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	13.366	16.585
(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	7.415	8.736
(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	7.058	11.822
(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	3.536	6.745
(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.462	2.288
(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.428	1.953
(F80–F89) Entwicklungsstörungen	1.085	1.361
(F70–F79) Intelligenzminderung	403	737
(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	50	50

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

*a. Welche Altersgruppen sind davon am stärksten betroffen?*

Affektive Störungen sind in der Gruppe der 50-bis-59-Jährigen die häufigste stationär behandelte Erkrankung, gefolgt von dementiellen Erkrankungen bei 80-84-Jährigen und Suchterkrankungen bei 35-44-Jährigen.

Anzahl Patient:innen nach Alter und ICD-10 F-Diagnosegruppen:

Altersgruppe	Diagnose (Gruppe)	Anzahl Patient:innen
55 bis 59 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	2.872
50 bis 54 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	2.506
80 bis 84 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.979
35 bis 39 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.836
40 bis 44 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.711
45 bis 49 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.668
55 bis 59 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.617
50 bis 54 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.609
15 bis 19 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs– und somatoforme Störungen	1.594
30 bis 34 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.561
60 bis 64 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.530
45 bis 49 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.508
40 bis 44 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.455
55 bis 59 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs– und somatoforme Störungen	1.394
85 bis 89 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.343
15 bis 19 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.340
25 bis 29 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.327
35 bis 39 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.305
50 bis 54 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs– und somatoforme Störungen	1.262
15 bis 19 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.222
30 bis 34 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.209
75 bis 79 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.170
20 bis 24 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.169
60 bis 64 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.106
25 bis 29 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.104
90 Jahre und älter	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	1.050

20 bis 24 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.033
65 bis 69 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	1.013
40 bis 44 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	986
10 bis 14 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	984
45 bis 49 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	983
20 bis 24 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	961
30 bis 34 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	932
35 bis 39 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	931
25 bis 29 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	924
70 bis 74 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	865
25 bis 29 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	858
20 bis 24 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	852
30 bis 34 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	823
35 bis 39 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	795
75 bis 79 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	778
80 bis 84 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	758
40 bis 44 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	714
60 bis 64 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	688
70 bis 74 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	644
55 bis 59 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	642
50 bis 54 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	630
15 bis 19 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	623
45 bis 49 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	623
65 bis 69 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	614
25 bis 29 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	610
10 bis 14 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	601
20 bis 24 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	539
60 bis 64 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	484
10 bis 14 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	447
65 bis 69 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	380
30 bis 34 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	371
15 bis 19 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	364
70 bis 74 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	358
00 bis 04 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	357
80 bis 84 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	352
65 bis 69 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	347
75 bis 79 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	335
70 bis 74 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	327
35 bis 39 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	327
65 bis 69 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	318
05 bis 09 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	314
05 bis 09 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	293
15 bis 19 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	289
85 bis 89 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	268

40 bis 44 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	244
60 bis 64 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	239
10 bis 14 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	230
15 bis 19 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	223
70 bis 74 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	219
75 bis 79 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	215
55 bis 59 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	198
45 bis 49 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	180
10 bis 14 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	155
85 bis 89 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	152
50 bis 54 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	151
75 bis 79 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	145
10 bis 14 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	143
20 bis 24 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	142
05 bis 09 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	128
25 bis 29 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	128
50 bis 54 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	128
80 bis 84 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	123
00 bis 04 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	120
55 bis 59 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	117
15 bis 19 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	113
80 bis 84 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	111
30 bis 34 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	99
90 Jahre und älter	(F30–F39) Affektive Störungen	96
45 bis 49 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	84
35 bis 39 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	84
00 bis 04 Jahre	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	81,2
90 Jahre und älter	(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	81
40 bis 44 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	74
40 bis 44 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	69
50 bis 54 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	66
45 bis 49 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	65
35 bis 39 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	63
10 bis 14 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	61

20 bis 24 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	60
20 bis 24 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	54
55 bis 59 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	49
60 bis 64 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	49
20 bis 24 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	49
30 bis 34 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	48
25 bis 29 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	45
85 bis 89 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	44
85 bis 89 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	43
25 bis 29 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	40
15 bis 19 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	39
35 bis 39 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	37
30 bis 34 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	37
45 bis 49 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	34
05 bis 09 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	33
50 bis 54 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	32
20 bis 24 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	31
60 bis 64 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	31
25 bis 29 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	30
55 bis 59 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	29
25 bis 29 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	27
65 bis 69 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	26
00 bis 04 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	25
60 bis 64 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	25
30 bis 34 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	24
40 bis 44 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	24
65 bis 69 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	23
90 Jahre und älter	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	20
10 bis 14 Jahre	(F20–F29) Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	19
35 bis 39 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	19
30 bis 34 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	19
65 bis 69 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	18
80 bis 84 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	15
15 bis 19 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	15
70 bis 74 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	14
40 bis 44 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	13
35 bis 39 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	13

10 bis 14 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	13
45 bis 49 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	12
05 bis 09 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	11
75 bis 79 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	11
90 Jahre und älter	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	11
70 bis 74 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	10
80 bis 84 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	10
40 bis 44 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9
50 bis 54 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9
60 bis 64 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	9
55 bis 59 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	8
35 bis 39 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	7
70 bis 74 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	7
80 bis 84 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	7
10 bis 14 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	6
15 bis 19 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	6
25 bis 29 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	6
30 bis 34 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	6
45 bis 49 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	6
85 bis 89 Jahre	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	6
75 bis 79 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6
20 bis 24 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	5
75 bis 79 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	5
05 bis 09 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	5
05 bis 09 Jahre	(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	4
00 bis 04 Jahre	(F30–F39) Affektive Störungen	4
40 bis 44 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	4
55 bis 59 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4
55 bis 59 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	4
65 bis 69 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4
75 bis 79 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	4
80 bis 84 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	4
90 Jahre und älter	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	4
00 bis 04 Jahre	(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	3
00 bis 04 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	3
70 bis 74 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	3
80 bis 84 Jahre	(F70–F79) Intelligenzminderung	3

85 bis 89 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	3
05 bis 09 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2
45 bis 49 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	2
50 bis 54 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	2
65 bis 69 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	2
70 bis 74 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2
75 bis 79 Jahre	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	2
75 bis 79 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	2
85 bis 89 Jahre	(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	2
10 bis 14 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1
50 bis 54 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1
60 bis 64 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1
65 bis 69 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1
80 bis 84 Jahre	(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	1
85 bis 89 Jahre	(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1
90 Jahre und älter	(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1
90 Jahre und älter	(F80–F89) Entwicklungsstörungen	1

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

Da – speziell in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen – die frühzeitige Behandlung und Intervention bei psychischen Erkrankungen, insbesondere um ein Fortschreiten der Erkrankung bzw. eine Chronifizierung hintanzuhalten, angestrebt wird und dies häufig im extramuralen, oftmals multiprofessionellen Setting stattfindet, liegen uns hier keine umfassenden, alle Bereiche abbildenden Informationen zu Daten vor.

Daten zu stationären Patient:innen des aktuellsten Erhebungsjahres 2023 sind der Beilage 2 zu entnehmen.

### Frage 27:

- Wie unterscheiden sich die durchschnittlichen Behandlungsdauern je nach Diagnosegruppe?

Folgende Tabelle beruht auf Daten aus dem stationären Bereich österreichischer Krankenanstalten (Limitationen siehe Frage 25).

Bei Betrachtung der durchschnittlichen Belagstage nach Diagnosegruppe pro Patient:in im Jahr 2023 in einer österreichischen Akutkrankenanstalt (Fonds-Krankenanstalten, Unfallkrankenhäuser, Sanatorien) zeigen sich folgende Ergebnisse:

Anzahl durchschnittliche Belagstage und Anzahl Patient:innen nach ICD-10 F-Diagnosegruppen, 2023:

Diagnose (Gruppe)	durchschnittl. Belagstage pro Patient:in	Anzahl Patient:innen
(F00–F09) Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	20	6.998
(F10–F19) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	17	14.134
(F20–F29) Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	49	6.712
(F30–F39) Affektive Störungen	25	14.361
(F40–F48) Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	16	10.082
(F50–F59) Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	36	1.390
(F60–F69) Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	27	3.247
(F70–F79) Intelligenzminderung	56	368
(F80–F89) Entwicklungsstörungen	20	770
(F90–F98) Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	18	1.295
(F99–F99) Nicht näher bezeichnete psychische Störungen	5	45

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

#### Frage 28:

- Welche Diagnosegruppe weisen die längste durchschnittliche Behandlungsdauer auf?

Aufgrund der noch fehlenden Diagnose-Dokumentation im niedergelassenen Bereich liegen hierzu nur Daten aus dem stationären Bereich vor: Die längsten durchschnittlichen Belagstage pro Patient:in im Jahr 2023 in einer österreichischen Akutkrankenanstalt zeigen sich bei (F70-F79) Intelligenzminderung sowie (F20-F29) Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen. Bei F70-F79 Intelligenzminderung ist anzumerken, dass davon nur vergleichsweise wenige Patient:innen betroffen sind.

#### Frage 29:

- Gibt es Unterschiede in der durchschnittlichen Behandlungsdauer zwischen den Altersgruppen?

Auch hier können nur Aussagen zu stationären Patient:innen getroffen werden. Die durchschnittliche Anzahl der Belagstage pro Patient:in lag 2023 in den mittleren Altersgruppen höher als in den jungen und älteren Altersgruppen. Hierbei ist jedoch zu bedenken, dass sich Belagstage auch nach Diagnosegruppen unterscheiden. Beispielsweise ziehen Schizophrenie bzw. schizotyp oder wahnhafte Störungen (ICD-10 F2) besonders

lange Belagsdauern nach sich. 2023 waren 70% aller Patient:innen, welche wegen einer F-2 Diagnose stationär behandelt wurden, zwischen 25 und 59 Jahren alt.

Durchschnittliche Anzahl Belagstage pro Patient:in bei stationärer Behandlung aufgrund einer ICD-10 F-Diagnose (Psychische und Verhaltensstörungen) nach Alter, 2023:

Altersgruppe	durchschn. Belagstage pro Pat	Patient:innen
00 bis 04 Jahre	5	452
05 bis 09 Jahre	10	539
10 bis 14 Jahre	23	2.191
15 bis 19 Jahre	20	4.743
20 bis 24 Jahre	24	3.836
25 bis 29 Jahre	27	3.979
30 bis 34 Jahre	30	3.917
35 bis 39 Jahre	29	4.014
40 bis 44 Jahre	30	3.804
45 bis 49 Jahre	27	3.589
50 bis 54 Jahre	29	4.138
55 bis 59 Jahre	30	4.280
60 bis 64 Jahre	31	3.203
65 bis 69 Jahre	28	2.347
70 bis 74 Jahre	27	2.183
75 bis 79 Jahre	21	2.434
80 bis 84 Jahre	19	3.122
85 bis 89 Jahre	17	1.753
90 Jahre und älter	16	1.166

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

### Frage 30:

- *Wie wirken sich Rückfälle auf die durchschnittliche Behandlungsdauer aus?*

Eine Auswertung hierzu ist auf Basis der vorliegenden Daten nicht valide durchführbar.

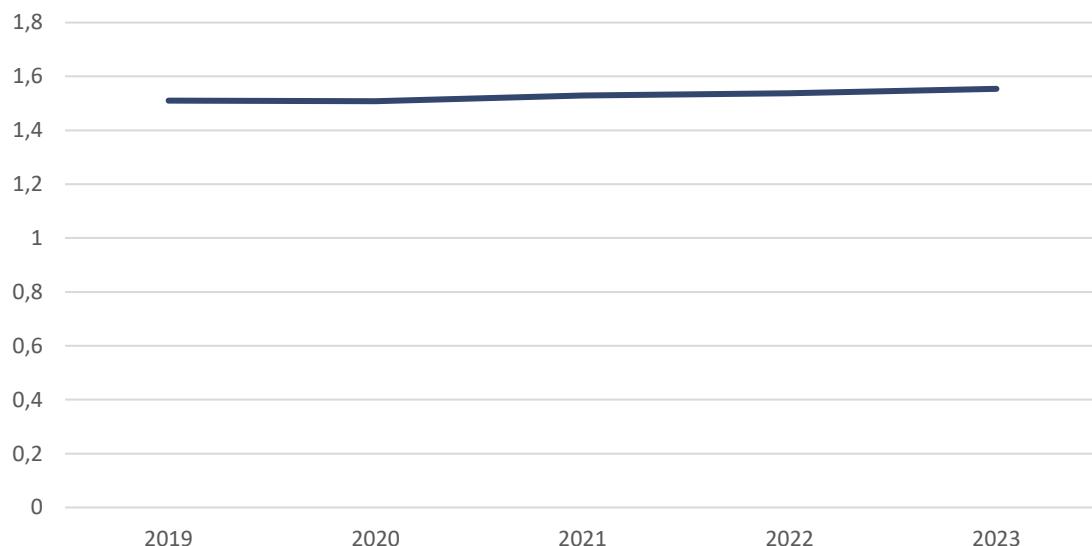
Jedoch sind selbst bei schneller und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung Rückfälle nicht vollständig vermeidbar, da psychische Erkrankungen häufig von komplexen Lebensumständen beeinflusst werden, die nicht immer kurzfristig oder vollständig modifizierbar sind. Dadurch kann eine längere und teilweise wiederholte Behandlung notwendig werden, um eine nachhaltige Stabilisierung des Gesundheitszustands zu erreichen.

**Frage 31:**

- *Wie hoch ist der Anteil jener Patienten, die nach Abschluss einer Behandlung erneut psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch nehmen müssen?*

Auch zu dieser Frage können nur Daten aus dem stationären Bereich herangezogen werden. Die Wiederaufnahmerate beschreibt, wie oft Patient:innen nach einer stationären Behandlung innerhalb eines Jahres erneut stationär behandelt werden müssen. Diese Rate lag bei Patient:innen, die aufgrund von ICD-10 F-Diagnosen 2023 in Akutkrankanstalten behandelt wurden, bei 1,55. Die Wiederaufnahmerate war in den letzten Jahren stabil.

Wiederaufnahmerate von Patient:innen mit ICD-10 F-Diagnosen, 2019-2023:



---

Datenquelle: BMASGPK – Krankenanstaltenstatistik 2019-2023; Auswertung und Darstellung: GÖG

**2 Beilagen**

Mit freundlichen Grüßen

Korinna Schumann

