



Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung

Reihe BUND 2025/28

Bericht des Rechnungshofes



Vorbemerkungen

Vorlage

Der Rechnungshof erstattet dem Nationalrat gemäß Art. 126d Abs. 1 Bundes-Verfassungsgesetz nachstehenden Bericht über Wahrnehmungen, die er bei einer Gebärungsüberprüfung getroffen hat.

Berichtsaufbau

In der Regel werden bei der Berichterstattung punktwweise zusammenfassend die Sachverhaltsdarstellung (Kennzeichnung mit 1 an der zweiten Stelle der Textzahl), deren Beurteilung durch den Rechnungshof (Kennzeichnung mit 2), die Stellungnahme der überprüften Stelle (Kennzeichnung mit 3) sowie die allfällige Gegenäußerung des Rechnungshofes (Kennzeichnung mit 4) aneinandergereiht.

Das in diesem Bericht enthaltene Zahlenwerk beinhaltet allenfalls kaufmännische Auf- und Abrundungen. Der vorliegende Bericht des Rechnungshofes ist nach der Vorlage über die Website des Rechnungshofes www.rechnungshof.gv.at verfügbar.

Prüfkompetenz des Rechnungshofes

Zur Überprüfung der Gebärung des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden und anderer durch Gesetz bestimmter Rechtsträger ist der Rechnungshof berufen. Der Gesetzgeber versteht die Gebärung als ein über das bloße Hantieren mit finanziellen Mitteln hinausgehendes Verhalten, nämlich als jedes Verhalten, das finanzielle Auswirkungen (Auswirkungen auf Ausgaben, Einnahmen und Vermögensbestände) hat. „Gebärung“ beschränkt sich also nicht auf den Budgetvollzug; sie umfasst alle Handlungen der prüfungsunterworfenen Rechtsträger, die finanzielle oder vermögensrelevante Auswirkungen haben.

IMPRESSUM

Herausgeber:	www.rechnungshof.gv.at
Rechnungshof Österreich	Redaktion und Grafik: Rechnungshof Österreich
1030 Wien, Dampfschiffstraße 2	Herausgegeben: Wien, im August 2025

AUSKÜNFTE

Rechnungshof
Telefon (+43 1) 711 71 – 8946
E-Mail info@rechnungshof.gv.at
[facebook/RechnungshofAT](https://facebook.com/RechnungshofAT)
Twitter: @RHSprecher

FOTOS

Cover, S. 6: Rechnungshof/Achim Bieniek

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Prüfungsziel	7
Kurzfassung	8
Zentrale Empfehlungen	15
Zahlen und Fakten zur Prüfung	17
Prüfungsablauf und -gegenstand	19
Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	22
Häufigkeit	22
Folgen und Folgekosten	27
Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich	30
Einführung eines Sonderfachs	30
Bestandsanalyse und Bedarfsschätzung	31
Strategische Festlegungen nach Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie	33
Mangelfachregelung	37
Versorgungsplanung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	44
Zentrale Instrumente der Versorgungsplanung	44
Planungsrichtwerte und -kriterien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie	46
Planungsmethode und Planungsprozess	51
Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	54
Studien zur Versorgungslage	54
Monitoring der Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	56
Neue Versorgungskonzepte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie	64
Strategische Festlegungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2024	64
Multiprofessionelle Einrichtungen	68
Home Treatment	70

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung

Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	73
Überblick	73
„Gesund aus der Krise“	75
Resümee	79
Schlussempfehlungen	83
Anhang A	88
Ressortbezeichnung und -verantwortliche	88
Anhang B	89
Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie laut ÖSG-Monitoring (Planungsgrundlagenmatrix für das Jahr 2022, Planungshorizont 2025)	57
------------	--	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Entwicklung der anerkannten Facharztberechtigungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Erstberechtigung, inklusive Additivfach) 2007 bis 2023	40
Abbildung 2:	Übersicht zu Behandlungen zuhause im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie	70

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
BELLA	Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten
BGBL.	Bundesgesetzblatt
B-VG	Bundes-Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
COVID	corona virus disease (Coronaviruserkrankheit)
d.h.	das heißt
et al.	et alii (und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUR	Euro
f(f).	folgend(e)
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
HBSC	Studie „Health Behaviour in School-aged Children“
Hrsg.	Herausgeber
HTA	Health Technology Assessment (Bewertung von Gesundheitstechnologien)
i.d.(g.)F.	in der (geltenden) Fassung
LKF	leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MA	Magistratsabteilung
MHAT	Studie „Mental Health in Austrian Teenagers“
Mio.	Million
Mrd.	Milliarde
No.	number (Nummer)



Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung

ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
rd.	rund
RH	Rechnungshof
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S.	Seite
StRH	Stadtrechnungshof
TZ	Textzahl
u.a.	unter anderem
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund (Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)
US-Dollar	United States Dollar
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
WStV	Wiener Stadtverfassung
Z	Ziffer
z.B.	zum Beispiel

**KINDER- UND JUGEND-
PSYCHIATRIE – VERSORGUNGS-
PLANUNG UND UMSETZUNG**

Eine zielgerichtete und wirksame Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist von besonderer Bedeutung, um die – teils schwerwiegenden – persönlichen Auswirkungen für die Betroffenen möglichst gering halten zu können. Diese setzen sich häufig auch im Erwachsenenalter fort und können auf diese Weise mit dauerhaften Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich sowie (volks-)wirtschaftlichen Nachteilen aufgrund eingeschränkter Erwerbstätigkeit verbunden sein.

Laut internationalen Studien war im Zuge der COVID-19-Pandemie ein deutlicher Anstieg der betroffenen Kinder und Jugendlichen (unter 18-Jährige) von 20 % auf 30 % festzustellen. Um auf einen solchen Anstieg zeitnah mit Angeboten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit und Anpassungen der Versorgungsplanung reagieren zu können, fehlten ausreichende Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich.

Das Gesundheitsministerium hatte in seiner Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie bereits im Jahr 2011 die wesentlichen Handlungsfelder einer wirksamen Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert. Dennoch zeigten im Vorfeld der Zielsteuerungsperiode ab 2024 verschiedene Quellen nach wie vor eine unzureichende Versorgungslage. Nach Ansicht des RH fehlte es für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung nicht an strategischen

Grundlagen, sondern vor allem an deren Umsetzung insbesondere durch Länder und Sozialversicherung. Daher sollte künftig der Fokus auf dem Auf- und Ausbau von multi-professionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen liegen, um die schon seit Jahren geforderte Versorgung bundesweit gewährleisten zu können.

Das Gesundheitsministerium reagierte auf die unzureichende Versorgungslage mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“, das Kindern und Jugendlichen nach der COVID-19-Pandemie eine niederschwellige psychosoziale Unterstützung bot. Das Projekt war ursprünglich als kurzfristige, zeitlich befristete Leistung außerhalb der von der Sozialversicherung finanzierten Regelversorgung gedacht und daher nicht in die Versorgungsplanung eingebunden. Aufgrund des unvermindert hohen Bedarfs wurde das Projekt im überprüften Zeitraum 2017 bis 2023 bereits zweimal verlängert; damit finanzierte das Gesundheitsministerium Leistungen aus dem Bundesbudget, die in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung fielen.

Die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Ziele, z.B. die Erarbeitung eines Konzepts zur abgestimmten psychosozialen Versorgung, blieben allgemein. Für die Aufstockung der Sachleistungsver-sorgung und den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von neuen Versorgungskonzepten fehlten konkrete Zielwerte. Dies lag auch an ungeklärten Fragen zur Definition, zur organisatorischen Anbindung, Finanzierung und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen dieser neuen Versorgungskonzepte.

WIRKUNGSBEREICH

- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung

Prüfungsziel



Der RH überprüfte von Februar 2024 bis Juni 2024 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, die Gesundheit Österreich GmbH und den Dachverband der Sozialversicherungsträger mit dem Schwerpunkt Versorgungsplanung und deren Umsetzung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Prüfungsziel war es,

- die Häufigkeit und die Folgen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen,
- die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich,
- die Versorgungsplanung und deren Umsetzung anhand der Versorgungslage sowie
- die im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen 2023 bzw. der Gesundheitsreform 2024 vereinbarten Ziele und Maßnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung von Kindern und Jugendlichen

zu beurteilen.

Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2017 bis 2023.

Seine das zuständige Ministerium betreffenden Empfehlungen richtet der RH an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, zu dem die Gesundheit aufgrund der Bundesministeriengesetz-Novelle 2025 (BGBl. I 10/2025) seit 1. April 2025 ressortiert.

Kurzfassung

Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Nach Daten der WHO litten bereits 2004 weltweit bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung. Für Österreich gab es nur eine, durch Drittmittel finanzierte Studie, die für den Erhebungszeitraum 2013 bis 2015 eine Prävalenz für eine psychische Erkrankung bei zehn- bis 18-Jährigen von 23,9 % feststellte. Zwar hielt das Gesundheitsministerium laut seiner nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2018 eine repräsentative Erhebung zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Österreich – die auch Informationen über einzelne Krankheitsbilder und die Deckung des Versorgungsbedarfs liefern konnte – für erforderlich. Eine solche lag bis zur Zeit der Gebärungsüberprüfung jedoch nicht vor. Für Deutschland wurden solche Daten seit 2003 regelmäßig in Studien erhoben, um sie für zielgerichtete Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Interventionsansätze nutzen zu können. Diese Daten zeigten – ebenso wie internationale Studien –, dass sich die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zuge der COVID-19-Pandemie verschlechtert hatte; die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland war von 18,0 % auf 30,0 % angestiegen. (TZ 2)

Folgen und Folgekosten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Eine zielgerichtete und wirksame Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist von besonderer Bedeutung, um die – teils schwerwiegenden – persönlichen Auswirkungen für die Betroffenen möglichst gering halten zu können. Die Erkrankungen setzen sich häufig auch im Erwachsenenalter fort und können mit dauerhaften Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich sowie (volks-) wirtschaftlichen Nachteilen aufgrund eingeschränkter Erwerbstätigkeit verbunden sein. Auch internationale Organisationen wie die WHO, die UNICEF, die OECD oder die EU wiesen wiederholt auf die Bedeutung guter psychischer Gesundheit hin. Die OECD schätzte 2018 auf Basis von Daten aus 2015 die jährlichen (Folge-)Kosten psychischer Erkrankungen bezogen auf die gesamte Bevölkerung in Österreich auf 14,930 Mrd. EUR. Darin berücksichtigt waren sowohl direkte Ausgaben für Gesundheits-, Sozial- und Sozialversicherungsleistungen als auch indirekte Kosten infolge von Produktivitätseinbußen am Arbeitsmarkt. (TZ 3)

Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie

Österreich erkannte die Kinder- und Jugendpsychiatrie erst 2007 als eigenes Sonderfach an und damit um bis zu rund fünf Jahrzehnte später als die Schweiz oder Deutschland. Dies hatte zur Folge, dass auch eine bundesweite Versorgungsplanung mit fachspezifischen Strukturqualitätskriterien im Vergleich mit diesen Staaten später einsetzte. (TZ 4)

Im Jahr 2004 leistete das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen unter Mitwirkung einer Expertengruppe für das Gesundheitsministerium Vorarbeiten für die Einführung eines eigenen Sonderfachs für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die u.a. eine Bestandsanalyse und eine Bedarfsschätzung enthielten. Ein Überblick über die damalige Versorgungslage zeigte, dass die Quantität des Angebots zwischen den Ländern beträchtlich variierte. In vier Ländern waren keine stationäre Versorgung, die das gesamte Spektrum des geplanten Sonderfachs abdeckte, und keine vertragsärztliche Versorgung im extramuralen Bereich vorhanden. (TZ 5)

Strategische Festlegungen nach Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie

Nach Einführung des Sonderfachs bekannten sich sowohl das Gesundheitsministerium als auch die Sozialversicherung in Strategiepapieren dazu, die Versorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche verbessern zu wollen. Das Gesundheitsministerium identifizierte bereits 2011 die wesentlichen Handlungsfelder:

- den raschen Ausbau stationärer Strukturen,
- die Erhöhung und Ausnutzung der dortigen Ausbildungskapazitäten,
- die Schaffung neuer Kassenstellen für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- die Ergänzung zu einer multiprofessionellen Versorgung mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten mit kinderspezifischer Ausbildung und multiprofessionellen Einrichtungen sowie
- die Vernetzung aller Angebote untereinander.

Dabei gab das Gesundheitsministerium jedoch keine klaren Ziele, Richtwerte und keine konkreten Umsetzungsmaßnahmen mit dafür Verantwortlichen vor. (TZ 6)

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung zwar erstmals auf gemeinsame strategische Festlegungen, Ziele und Maßnahmen. Konkrete Zielwerte für die Erhöhung der Angebote im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Vorgaben für deren Multiprofessionalität fehlten

aber nach wie vor. Zudem waren nur zwei Maßnahmen enthalten, die nicht alle der zuvor identifizierten wesentlichen Handlungsfelder abdeckten. (TZ 6)

Mangelfachregelung

Das Gesundheitsministerium nutzte die Mangelfachregelung – eine Lockerung des Verhältnisses zwischen auszubildenden und auszubildenden Ärztinnen und Ärzten – für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie erstmals im Juni 2010 und erweiterte die Ausnahmeregelung in den Jahren 2015 und 2022. Damit reichte für die Festsetzung von Ausbildungsstellen seit Februar 2022 – ab der zweiten Ausbildungsstelle – eine Fachärztin bzw. ein Facharzt pro zwei auszubildenden Ärztinnen und Ärzten. Das gesetzliche Kriterium für die Anwendung der Mangelfachregelung war nicht näher definiert. So fehlte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie etwa ein Wert, wie vieler Fachärztinnen und Fachärzte es mindestens bedurfte, um die Bevölkerung adäquat versorgen zu können. (TZ 7)

Die Gesamtzahl der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg seit der Einführung des Sonderfachs von 97 (Ende 2007) auf 313 (Ende 2023) an. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten hatte sich trotz Mangelfachregelung zwischen Ende 2017 und Ende 2023 mit rd. 13 Personen gegenüber dem Zeitraum 2007 bis 2017 mit rd. 14 Personen nicht erhöht. Das Gesundheitsministerium nahm an, dass ein Mehrbedarf an psychiatrischer Versorgung durch die Lockerung des Ausbildungsschlüssels alleine nicht gedeckt werden konnte. (TZ 7)

Zentrale Instrumente der Versorgungsplanung

Die zentralen Instrumente der Versorgungsplanung waren der Österreichische Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) auf Bundesebene und die Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) auf Landesebene; ihre Ab- bzw. Übereinstimmung war erforderlich, um eine bedarfsgerechte und bundesweit einheitliche Versorgungsqualität gewährleisten zu können. Die Bundes-Zielsteuerungskommission beschloss erst im Dezember 2020, die Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 für den Planungshorizont 2025 zu aktualisieren. Damit standen den Ländern für eine zeitgerechte Ausarbeitung und Aktualisierung ihrer RSG 2025 keine ÖSG-Planungsrichtwerte für 2025 zur Verfügung. Der ÖSG 2023 enthielt bereits ab Ende 2023 die Planungsrichtwerte für 2030. (TZ 8)

Manche Länder legten in ihren RSG 2025 Planwerte fest, die unter den ÖSG-Planungsrichtwerten lagen. Den Zielsteuerungspartnern gelang die Übereinstimmung der Planwerte in den RSG mit den ÖSG-Planungsrichtwerten nicht. Dadurch

war die Gewährleistung einer bedarfsgerechten Versorgung und einer bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität für ein Sonderfach wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht sichergestellt. (TZ 8)

Planungsrichtwerte und -kriterien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie

Der ÖSG enthielt für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Planungsvorgabe, je Land eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten bzw. eine stattdessen vorgesehene Mitversorgung durch andere Länder in den jeweiligen RSG transparent auszuweisen. Eine Beurteilung, ob die in der regionalen Planung für jedes Land vorgesehenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten nach den Vorgaben des ÖSG ausreichend waren, war daher nicht möglich. (TZ 9)

Anstelle einer konkreten regionalen Differenzierung sah der ÖSG allgemein hohe Bandbreiten von +/-25 % (Bettenmessziffer) bzw. +/-30 % (ambulante Versorgungsdichte) bei den Planungsrichtwerten vor, obwohl dies in einem Mangelfach wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine bedarfsorientierte Angebotsplanung erschwerte und das Risiko einer Unterversorgung in einzelnen Regionen barg. Im extramuralen Bereich plante der ÖSG die Versorgungsdichte nur auf Basis eines Gesamtwertes – die Anzahl sämtlicher ärztlicher ambulanter Versorgungseinheiten in Spitalsambulanzen, Ambulatorien, Gruppen- und Einzelpraxen. Dies erschwerte die Umsetzung der vorrangig angestrebten Versorgung in multiprofessionellen niederschweligen Einrichtungen. (TZ 9)

Planungsmethode und Planungsprozess

Eine Bedarfsschätzung und Angebotsplanung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie waren u.a. aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von Daten schwierig. Daher verfolgte die Gesundheit Österreich GmbH bei der Entwicklung, Wartung und Weiterentwicklung des ÖSG für dieses Sonderfach den Ansatz, regelmäßig Expertinnen und Experten einzubinden sowie die relevanten Indikatoren in überschaubaren zeitlichen Abständen genau zu beobachten, um die Planung gegebenenfalls anpassen zu können. Die Gesundheit Österreich GmbH hatte die Expertengruppe für die Versorgungsplanung im Rahmen des ÖSG seit 2019 nicht mehr einberufen und seit 2021 nicht mehr bestellt. Damit lagen für den ÖSG 2023 keine aktuellen Empfehlungen für die Festlegung von bedarfsgerechten und realisierbaren Planungsrichtwerten vor. (TZ 10)

Studien zur Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Laut einer Studie der Universität Wien waren 2014 weniger als die Hälfte der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in Behandlung. 18 % der nicht behandelten Betroffenen hätten sich eine Behandlung gewünscht. Nach Expertenmeinung lag dies nur zum Teil an mangelndem Bewusstsein für bzw. an fehlendem Wissen über die Erkrankungen oder an der Angst vor Stigmatisierung. Vielmehr seien entsprechende diagnostische und therapeutische Angebote zu wenig intensiv und zu spät entwickelt worden und daher nicht ausreichend verfügbar. Die Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, das Austrian Institute for Health Technology Assessment sowie die Volksanwaltschaft zeigten eine unzureichende Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf. Auch der Gesundheitsminister ging im Jahr 2023 von einem nach wie vor sehr hohen unerfüllten Versorgungsbedarf aus. (TZ 11)

Monitoring der Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die Umsetzung des im ÖSG beschlossenen, bundesweiten Rahmens für die Versorgungsplanung auf Länderebene war Aufgabe des ÖSG-Monitorings. Es sollte jährlich einen Überblick darüber geben, wie sich die Versorgungslage bundesweit und in den Ländern im Vergleich zu den Planungsrichtwerten des ÖSG entwickelte. (TZ 12)

Im intramuralen Bereich lag die Bettendichte für Österreich laut ÖSG-Monitoring für das Jahr 2022 unter den im ÖSG 2017 vorgesehenen Zielvorgaben für 2025 von mindestens 0,05 je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit fehlten bundesweit zumindest 103 Betten. Zudem zeigten die Kennzahlen große Unterschiede in der Versorgungssituation je Land. (TZ 12)

Im ambulanten Bereich erreichten die Länder die vom ÖSG 2017 vorgegebene Mindestversorgungsichte für den Planungshorizont 2025 bereits im Jahr 2022, wenngleich es auch hier regionale Unterschiede gab. Dies stand im Widerspruch zu den Ergebnissen der nicht öffentlichen ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung für das Jahr 2022. Demnach hatten nur zehn Versorgungsregionen mehr als eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Unter Einbeziehung der Wahlärztinnen und Wahlärzte waren in nur 20 der 32 Versorgungsregionen mehr als eine niedergelassene Ärztin bzw. ein niedergelassener Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorhanden. Damit war nach Einstufung des Gesundheitsministeriums in mindestens zwölf Versorgungsregionen von einer mangelhaften ambulanten Versorgung auszugehen. (TZ 12)

Das RSG-Monitoring bot keine transparente Darstellung, inwieweit die ÖSG-Planungsrichtwerte in den Ländern umgesetzt waren. (TZ 13)

Strategische Festlegungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2024

Das Gesundheitsministerium und der Dachverband der Sozialversicherungsträger setzten sich zum Ziel, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, sowohl in ihrer jeweils aktuellen Strategie als auch im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 gemeinsam mit den Ländern. Zur Umsetzung dieses Ziels erarbeitete die Gesundheit Österreich GmbH das Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche, bestehend aus multiprofessionellen Einrichtungen, Home Treatment und dem Ausbau der kassenfinanzierten Sachleistungsversorgung. Dabei handelte es sich um keine neuen Versorgungskonzepte, sondern um Bausteine in der Versorgung, deren Etablierung schon im Zuge der Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2007 gefordert worden war und seit 2011 auch Gegenstand von Strategien des Gesundheitsministeriums, des Dachverbands der Sozialversicherungsträger sowie der Versorgungsplanung war. Dennoch blieb der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 mit der Erarbeitung eines Konzepts zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen, der Aufstockung der Sachleistungsversorgung und einem bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen inklusive innovativer Versorgungsformen ohne konkrete Zielwerte weiterhin allgemein. (TZ 14)

Multiprofessionelle Einrichtungen, Home Treatment

Zur Zeit der Gebarungsüberprüfung lagen keine konkreten, bundesweit einheitlichen Kriterien bzw. Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen vor. Dies, obwohl der ÖSG bereits seit 2017 Planungsrichtwerte enthielt und die Bundes-Zielsteuerungsverträge 2017 und 2024 den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen als Maßnahme auf Länderebene vorsahen. Auch gab es in den Ländern nach wie vor ein unterschiedliches Verständnis darüber, welche Kriterien multiprofessionelle Einrichtungen jedenfalls erfüllen sollten. Damit fehlte eine wesentliche Grundlage dafür, den im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen wirksam umzusetzen, zu steuern und diese als zentrale Drehscheibe einer funktionierenden psychosozialen Versorgung zu etablieren. (TZ 15)

Home Treatment bot die Möglichkeit, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – anstelle einer grundsätzlich zweckmäßigen stationären Aufnahme – durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung zuhause zu behandeln, damit

sie in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und ihre Familien in die Behandlung einbezogen werden konnten. Der Auf- und Ausbau von Home Treatment war Gegenstand der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2024 des Gesundheitsministeriums und des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024. Fragen zur Definition, organisatorischen Anbindung, Finanzierung und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen waren aber nach wie vor ungeklärt. (TZ 16)

Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Laut einer Erhebung der Gesundheit Österreich GmbH im Jahr 2023 waren Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nicht aufeinander abgestimmt, teils nur regional verfügbar und verfolgten unterschiedliche Zugänge. Eine Datenbank sollte öffentlich sichtbar machen, welche Angebote zu psychosozialer Gesundheit wirksam waren, und in der Folge helfen, die strategische Planung der Angebote zu verbessern. Zu diesem Ziel sollte auch der geplante Aktionsplan zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit für unter 25-Jährige beitragen. Damit legten die Zielsteuerungspartner nach dem von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeiteten Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung und dem im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vorgesehenen Konzept zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen (TZ 14) ihren Fokus wiederholt auf strategische Grundlagen anstatt auf konkrete Ziele und deren Umsetzung. (TZ 17)

Mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“ bot das Gesundheitsministerium ab April 2022 Kindern und Jugendlichen nach der COVID-19-Pandemie eine niederschwellige psychosoziale Unterstützung an. Das Projekt war ursprünglich als kurzfristige, zeitlich befristete Leistung außerhalb der von der Sozialversicherung finanzierten Regelversorgung gedacht und daher nicht in die Versorgungsplanung eingebunden. Aufgrund des unvermindert hohen Bedarfs wurde das Projekt im überprüften Zeitraum bereits zweimal verlängert. Damit wurden durch Förderungen aus dem Bundesbudget Leistungen finanziert, die in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung fielen. (TZ 18)

Auf Basis seiner Feststellungen hob der RH folgende Empfehlungen hervor:

ZENTRALE EMPFEHLUNGEN

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

- Neben der Mangelfachregelung wären verstärkt auch die anderen, in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifizierten Handlungsfelder zu bearbeiten, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und eine adäquate Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten. Insbesondere wäre dabei
 - im Sinne einer multiprofessionellen Versorgung auf eine verbesserte Abstimmung zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen versorgungsrelevanten Gesundheitsberufen wie Psychotherapie und klinische Psychologie, Sozial- und Ergotherapie zu achten,
 - eine kinder- und jugendpsychiatrische Spezialisierung für andere Sonderfächer wie Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu prüfen sowie
 - auf eine Ausweitung der Präventionsangebote – u.a. in Schulen – hinzuwirken. (TZ 7)

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; Dachverband der Sozialversicherungsträger

- Gemeinsam mit den Ländern wäre sicherzustellen, dass die für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen in Österreich verfügbar sind. (TZ 2, TZ 3, TZ 10)
- Gemeinsam mit den übrigen Vertreterinnen und Vertretern in der Kommission für die ärztliche Ausbildung wären die Arbeiten am bundesweiten Prognosetool zum Ärztebedarf konsequent fortzuführen und das geplante Ärzte-Monitoring zeitnah in Betrieb zu nehmen. Das Monitoring wäre für den intramuralen und den extramuralen Bereich zu führen und sollte die besetzbaren und besetzten ärztlichen Planstellen umfassen. (TZ 7)

- Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wären gemeinsam mit den Ländern konkrete Ziele für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen festzulegen. Dabei wäre auf eine stärkere Verschränkung der Arbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zu achten. Der Fokus sollte hierbei – in Umsetzung des von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelten Modells – auf dem Auf- und Ausbau von multi-professionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen liegen. (TZ 14, TZ 17)
- Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wäre auf einen bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuwirken. (TZ 18)



Zahlen und Fakten zur Prüfung

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung				
Rechtsgrundlagen (Auswahl)		Art. 12 Abs. 1 Z 1 Bundes-Verfassungsgesetz, BGBl. 1/1930 i.d.g.F. Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. 1/1957 i.d.g.F. Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F. Bundesgesetz zur partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit, BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.		
stationäre Versorgung für Kinder- und Jugendpsychiatrie				
tatsächliche Betten (exklusive Tagesklinikplätze)	Ist-Wert laut Monitoring	2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022
		Anzahl		in %
		320	346	8
	Soll-Wert laut ÖSG	Anzahl je 1.000 EinwohnerInnen		
		0,08–0,13	0,05–0,09	–
	Ist-Wert laut Monitoring	0,04	0,04	0
ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie in Spitälern				
ambulante Betreuungsplätze (inklusive Tagesklinikplätze)	Ist-Wert laut Monitoring	2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022
		Anzahl		in %
		105	161	53
	Soll-Wert laut ÖSG	Anzahl je 1.000 EinwohnerInnen		
		–	0,04	–
	Ist-Wert laut Monitoring	0,01	0,02	100
in Spitalsambulanzen tätige ÄrztInnen	Ist-Wert laut Monitoring	in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten ¹		
		34	56,8	67
Kinder- und Jugendpsychiatrie im extramuralen Bereich (Ordinationen, Gruppenpraxen, Ambulatorien)				
VertragsärztInnen	Ist-Wert laut Monitoring (kein Soll-Wert laut ÖSG)	2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022
		in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten ¹		in %
		27,0	37,5	39
WahlärztInnen		2,4	4,0	67
ÄrztInnen in Ambulatorien		3,0	25,3	>100



Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung

Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung				
ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie gesamt (Spitalsambulanzen und extramuraler Bereich)				
		2018	2022	Veränderung 2018 bis 2022
ÄrztInnen	Ist-Wert laut Monitoring	in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten ¹		in %
		66,4	123,6	86
Versorgungsdichte	Soll-Wert laut ÖSG	in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten ¹ je 100.000 EinwohnerInnen		
		0,6–1,2	0,6–1,2	–
	Ist-Wert laut Monitoring	0,8	1,4	75

ÖSG = Österreichischer Strukturplan Gesundheit

Quellen: Gesundheitsministerium; Gesundheit Österreich GmbH

¹ bundesweit einheitliche Messgröße auf Basis von Daten der Sozialversicherung zur Inanspruchnahme einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin bzw. eines durchschnittlich arbeitenden Arztes im extramuralen Bereich in Österreich

Prüfungsablauf und -gegenstand

- 1 (1) Der RH überprüfte von Februar 2024 bis Juni 2024 das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (in der Folge: **Gesundheitsministerium**)¹, den Dachverband der Sozialversicherungsträger (in der Folge: **Dachverband**)² und die Gesundheit Österreich GmbH mit dem Schwerpunkt Versorgungsplanung und deren Umsetzung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie³.

Prüfungsziel war es,

- die Häufigkeit und die Folgen psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen,
- die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich,
- die Versorgungsplanung und deren Umsetzung anhand der Versorgungslage sowie
- die im Zuge der Finanzausgleichsverhandlungen 2023 bzw. der Gesundheitsreform 2024 vereinbarten Ziele und Maßnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen

zu beurteilen.

(2) Der überprüfte Zeitraum umfasste im Wesentlichen die Jahre 2017 bis 2023. Teilweise ging der RH auch auf frühere Entwicklungen (z.B. das 2007 eingeführte Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie) und aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform 2024 ein.

(3) Die in der Folge verwendeten Begriffe umfassten nachstehende Versorgungsbereiche:

- extramuraler Bereich: ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Einzelordinationen, Gruppenpraxen und Primärversorgungseinheiten) sowie in (Kassen-)Ambulatorien außerhalb von Krankenanstalten,
- intramuraler Bereich: spitalsambulante und stationäre Versorgung in Krankenanstalten,
- ambulanter Bereich: extramurale und spitalsambulante Versorgung.

¹ Die Bezeichnung des Ministeriums wechselte im überprüften Zeitraum mehrmals (siehe dazu Anhang A). Der RH verwendet in der Folge einheitlich die Bezeichnung **Gesundheitsministerium**. Seine Empfehlungen richtet er infolge der mit 1. April 2025 in Kraft getretenen Bundesministeriengesetz-Novelle 2025, BGBl. I 10/2025, an das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz.

² Der Dachverband folgte mit 1. Jänner 2020 dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger nach. Der RH verwendet dafür im Bericht einheitlich den Begriff Dachverband.

³ Grundsätzlich war davon die psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr umfasst. Mit einer Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, BGBl. II 147/2015 i.d.F. BGBl. II 120/2020, wurde das Aufgabengebiet des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin auf die sogenannte Transitionszeit – ab der Volljährigkeit bis etwa 25 Jahre – erweitert, sofern die Erkrankung ihren Ursprung im Kindes- und Jugendalter hatte.

(4) Die Förderung psychischer Gesundheit war Teil des Ziels 3 – Gesundheit und Wohlergehen – der 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen. Konkret hatte das Subziel 3.4 – nicht übertragbare Krankheiten – die psychische Gesundheit zum Gegenstand und maß etwa mit dem Indikator 3.4.2 die Sterblichkeitsrate infolge von Suizid.⁴ In Österreich gab es seit Beginn des Jahres 2021 Hinweise auf eine Zunahme von Suizidgedanken und Suizidversuchen aufgrund psychischer Erkrankungen, vorwiegend bei Mädchen und jungen Frauen.

(5) Zu dem im Jänner 2025 übermittelten Prüfungsergebnis nahmen die Gesundheit Österreich GmbH im Februar 2025 sowie das Gesundheitsministerium und der Dachverband im April 2025 Stellung. Der RH erstattete seine Gegenäußerung im August 2025.

(6) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme generell fest, dass der für die Jahre 2024 bis 2028 von Bund, Ländern und Sozialversicherung abgeschlossene Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 zur Umsetzung seines operativen Ziels 6 (Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung) zahlreiche Maßnahmen auf Bundes- bzw. Landesebene vorsehe. Dazu gehöre etwa die Stärkung der Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit unter Berücksichtigung innovativer Ansätze (z.B. Home Treatment), die Verankerung ergänzender Planungsparameter im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (**ÖSG**) oder der bedarfsgerechte Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche.

Weiters sei zum operativen Ziel 14 (Stärkung von zielgerichteter Gesundheitsförderung und Primärprävention) als Maßnahme sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene die Umsetzung der Strategievereinbarung Vorsorgemittel 2024–2028 zu den Themen „Psychosoziale Gesundheit mit dem Schwerpunkt Kinder und Jugendliche“ vereinbart.

Darüber hinaus stelle der Bund für den Auf- und Ausbau von spitalsambulantem Angeboten (einschließlich telemedizinischer Leistungen) sowie für die Fortführung von bereits initiierten Vorhaben „in den Jahren 2024 bis 2026 zusätzliche Mittel in Höhe von rd. 3 Mrd. EUR“ zur Verfügung. Davon seien auf Basis des ÖSG und der Regionalen Strukturpläne Gesundheit (**RSG**) explizit auch Vorhaben zur psychischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen umfasst.

Dem Dachverband komme aufgrund der Strukturreformen in der Sozialversicherung aktuell eine eher moderierende Funktion zu, während die Österreichische Gesundheitskasse – zuständig für knapp 80 % der sozialversicherten Menschen in Österreich – eine führende Rolle innerhalb der Sozialversicherungsträger innehave.

⁴ <https://unric.org/de/17ziele/> (abgerufen am 28. Mai 2025)

Laut Gesundheitsministerium nehme die Sozialversicherung an der Zielsteuerung-Gesundheit im Rahmen der Selbstverwaltung teil. Deshalb könne das Gesundheitsministerium in seiner Funktion als Aufsichtsbehörde die Entscheidungsprozesse der Selbstverwaltung grundsätzlich nicht beeinflussen, sondern kompetenzbedingt nur bundesweite strategische Grundlagen schaffen, wie etwa die Gleichstellung der Behandlung durch klinische Psychologinnen und Psychologen mit der ärztlichen Hilfe im Rahmen des Budgetbegleitgesetzes 2024 (BGBl. I 152/2023, Art. 28 ff.).

(7) Der RH hob die Bemühungen des Gesundheitsministeriums hervor, die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 beschlossenen Ziele mit Maßnahmen zu hinterlegen. Dies vor dem Hintergrund der vom Bund zusätzlich bereitgestellten Mittel für die Periode 2024 bis 2028. Der RH verwies

- auf seine Ausführungen in TZ 14 und TZ 17, wonach es in den vergangenen Jahren nicht an strategischen Grundlagen und Zielen für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung fehlte, sondern an deren praktischer Umsetzung und
- auf seine Empfehlung in TZ 14 und TZ 17, in Umsetzung des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 den Fokus auch auf den Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen zu legen, um die schon seit Jahren geforderte Versorgung bundesweit gewährleisten zu können.

Der RH teilte die Ansicht des Gesundheitsministeriums, dass bei der Stärkung der Sachleistungsversorgung im Bereich der psychischen Gesundheit die Sozialversicherung – und hier insbesondere die Österreichische Gesundheitskasse – eine führende Rolle einnahm. Allerdings betonte er, dass gerade mit der Zielsteuerung-Gesundheit ein Rahmen geschaffen wurde, in dem sich auch das Gesundheitsministerium als gleichberechtigter Partner in die Planung und Steuerung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung einbringen sollte. Insofern erachtete es der RH als geboten, dass sich das Gesundheitsministerium nicht auf seine Funktion als Aufsichtsbehörde zurückzog, sondern die Zielsteuerung und die Umsetzung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Maßnahmen aktiv vorantrieb (TZ 14).

Psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Häufigkeit

- 2.1 (1) Psychische Erkrankungen können Kinder und Jugendliche stark belasten und ihre Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Dazu gehören etwa Angst- und Essstörungen, Depressionen, Verhaltensauffälligkeiten oder selbst- und fremdverletzendes bis hin zu suizidalem Verhalten.

Die Weltgesundheitsorganisation (**WHO**) stellte bereits 2004 fest, dass weltweit bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen von psychischen Erkrankungen betroffen seien⁵. Auch die UNICEF⁶ und die OECD⁷ maßen der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hohe Bedeutung zu.

Ein von der Europäischen Kommission finanzierter Bericht über die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in 30 europäischen Ländern knüpfte im Jahr 2009 an die Daten der WHO an.⁸ Er hielt aber auch fest, dass es große Unterschiede in den Schätzungen der Prävalenz⁹ zwischen verschiedenen Ländern gebe. Mangels genauer und detaillierter Daten zum Ausmaß der Erkrankungen fehle eine Basis für effektive Handlungspläne und Maßnahmen.

Eine Metastudie aus dem Jahr 2015, die erstmals 41 Studien aus jeder Weltregion berücksichtigte, kam zum Ergebnis, dass die gemittelte Prävalenz bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen bei 13,4 % liege – und damit weltweit 241 Mio. Personen betroffen seien. Die Studienautorinnen und -autoren wiesen jedoch darauf hin, dass die Datenbasis noch sehr uneinheitlich sei; aus methodischen Gründen liege wahrscheinlich eine Unterschätzung der Prävalenz vor.¹⁰

⁵ World Health Organization. Regional Office for Europe, Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference (2005), <https://iris.who.int/handle/10665/326566> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁶ <https://www.unicef.org/on-my-mind> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁷ OECD, Recommendation of the Council on Integrated Mental Health, Skills and Work Policy, OECD/LEGAL/0420, <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/334/334.en.pdf> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁸ Braddick/Carral/Jenkins/Jané-Llopis, Child and Adolescent Mental Health in Europe: Infrastructures, Policy and Programmes (2009), https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/camhee_infrastructures.pdf (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁹ Häufigkeit einer Erkrankung in einer bestimmten Population während eines bestimmten Zeitraums, <https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/P/lexikon-praevalenz.html> (abgerufen am 28. Mai 2025)

¹⁰ Polanczyk/Salum/Sugaya/Caye/Rohde, Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of child psychology and psychiatry and allied disciplines (2015), <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381> (abgerufen am 28. Mai 2025)

(2) (a) Für Österreich lagen bis 2017 keine Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vor; diese konnten nur anhand internationaler Studien geschätzt werden.

Im Jahr 2017 veröffentlichte die Medizinische Universität Wien die durch Drittmittel finanzierte MHAT-Studie¹¹. Sie ermittelte für den Erhebungszeitraum 2013 bis 2015 eine Prävalenz von 23,9 % für eine psychische Erkrankung bei zehn- bis 18-Jährigen. Dies lag etwas über dem von der WHO angegebenen Wert von bis zu 20 %; allerdings berücksichtigte die MHAT-Studie eine größere Anzahl an Diagnosen. Für unter Zehnjährige gab es in Österreich kaum Daten.

(b) Laut einer auf der MHAT-Studie aufbauenden Arbeit der Universität Wien¹² aus dem Jahr 2020 bedeutete eine Prävalenz von 23,9 %, dass rd. 170.000 Betroffene zumindest eine Diagnose aufgewiesen hätten; davon seien rd. 107.000 akut behandlungsbedürftig gewesen. Die Arbeit verglich in der Folge den anhand der Prävalenz ermittelten Bedarf mit dem von der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (**ÖGKJP**) anhand von Versorgungsdaten erhobenen Ist-Stand des Jahres 2019 und stellte eine Unterversorgung in allen Bereichen fest.

(c) Das Gesundheitsministerium setzte sich in seiner nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2018 das Ziel, zuverlässige Daten über die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung zu generieren. Es hielt darin fest, dass dafür die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Österreich repräsentativ zu erheben sei, die auch Informationen über einzelne Krankheitsbilder und die Deckung des Versorgungsbedarfs liefern könne. Eine Erhebung in dieser Qualität lag zur Zeit der Gebärungsüberprüfung nicht vor (**TZ 10**).

(d) Im Unterschied zu Österreich gab es in Deutschland bereits seit dem Jahr 2003 repräsentative Daten, um sie für zielgerichtete Gesundheitsförderungs-, Präven-

¹¹ **MHAT** = Mental Health in Austrian Teenagers

Wagner/Zeiler/Waldherr et al., Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *European Child & Adolescent Psychiatry* 26, 1483–1499 (2017), <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0999-6> (abgerufen am 28. Mai 2025).

Einmalig durchgeführte Studie in einem zweistufigen Verfahren mit einer Screening-Phase und diagnostischen Interviews bei der dadurch identifizierten Risikogruppe für psychische Erkrankungen. Festgestellte psychische Erkrankungen wurden Diagnosegruppen zugeordnet.

¹² *Fliedl/Ecker/Karwautz*, Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 2019 in Österreich – Stufen der Versorgung, Ist-Stand und Ausblick. *Neuropsychiatrie* 34, 179–188 (2020), <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00374-6> (abgerufen am 28. Mai 2025)

tions- und Interventionsansätze nutzen zu können. Die sogenannte BELLA-Studie¹³ ermittelte für den Erhebungszeitraum 2003 bis 2006 bei Kindern und Jugendlichen eine Prävalenz psychischer Erkrankungen von 21,9 %, für 2009 bis 2012 von 17,2 % und für 2014 bis 2017 von 18,0 %.

(3) (a) Laut den vorliegenden internationalen Daten waren die weltweiten Prävalenzzahlen von bis zu 20 % psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen seit Jahrzehnten relativ stabil, wobei es Hinweise auf einen Anstieg etwa bei Essstörungen und selbstverletzendem Verhalten gab.¹⁴ Ab dem Jahr 2020 stieg die Prävalenz im Zuge der COVID-19-Pandemie insgesamt deutlich an. Eine 2023 veröffentlichte Metastudie, die 61 Studien vor allem aus Europa und Asien auswertete, zeigte bei Kindern und Jugendlichen einen signifikanten Anstieg infolge der Lockdowns, vor allem stieg die Prävalenz von Angst und Depressionen.¹⁵

(b) Laut den in Deutschland ab 2020 erhobenen Zahlen¹⁶ war die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von 18 % vor der COVID-19-Pandemie auf 30 % während der COVID-19-Pandemie gestiegen. Auch erste Ergebnisse der zur Zeit der Geburtsüberprüfung aktuellsten, ab 2023 durchgeführten Studie¹⁷, deren konkretes Ziel es war, die Veränderung der physischen und psychischen Gesundheit sowie des Gesundheitsverhaltens infolge der COVID-19-Pandemie im Kindes- und Jugendalter zu analysieren, zeigten eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen.

¹³ **BE**fragung zum seelischen Wohlbefinden und Verh**ALT**en, ein Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit der vom Robert Koch-Institut durchgeführten Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Als kombinierter Längs- und Querschnittsansatz konzipiert, d.h., es wurden sowohl Teilnehmende wiederholt befragt (Längsschnitt) als auch zu jedem Befragungszeitpunkt neue Teilnehmende hinzugewonnen (repräsentativer Querschnitt). Festgestellte psychische Erkrankungen wurden Diagnosegruppen zugeordnet. Siehe <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/bella-studie.html> (abgerufen am 28. Mai 2025).

¹⁴ World Health Organization. Regional Office for Europe, Mental health: facing the challenges, building solutions: report from the WHO European Ministerial Conference (2005), <https://iris.who.int/handle/10665/326566> (abgerufen am 28. Mai 2025)

Thun-Hohenstein, Die Versorgungssituation psychisch auffälliger und erkrankter Kinder und Jugendlicher in Österreich (2009), http://doi.org/10.1007/978-3-211-09408-2_12 (abgerufen am 28. Mai 2025)

Reiß/Kaman/Napp et al., Epidemiologie seelischen Wohlbefindens von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus 3 Studien vor und während der COVID-19-Pandemie. Bundesgesundheitsblatt 66, 727–735 (2023), <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-023-03720-5> (abgerufen am 28. Mai 2025)

¹⁵ *Panchal/Salazar de Pablo/Franco et al.*, The impact of COVID-19 lockdown on child and adolescent mental health: systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry 32, 1151–1177 (2023), <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01856-w> (abgerufen am 28. Mai 2025)

¹⁶ in der sogenannten COPSy-Studie (**CO**rona und **PSY**che); in Anlehnung an das Design und die Methodik der BELLA-Studie konzipiert; siehe <https://www.uke.de/kliniken-institute/kliniken/kinder-und-jugendpsychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/forschung/arbeitsgruppen/child-public-health/forschung/copsy-studie.html> (abgerufen am 28. Mai 2025)

¹⁷ Die sogenannte COMO-Studie baut auf den Studien **COPSy** und **MoMo** (Motorik-Modul) auf. Siehe <https://como-studie.de/studie.html> (abgerufen am 28. Mai 2025).

(c) Ob und gegebenenfalls wie stark die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen im Zuge der COVID-19-Pandemie in Österreich gestiegen war, stand mangels einer mit Deutschland vergleichbaren Erhebung von repräsentativen Daten nicht fest. Die im Vier-Jahres-Rhythmus durchgeführte HBSC-Studie¹⁸ der WHO, die u.a. psychische Beschwerden abfragte, wies allerdings auf eine erhöhte psychische Belastung der Kinder und Jugendlichen in Österreich durch die COVID-19-Pandemie hin. So waren die Werte der HBSC-Studie für psychisches Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit im Jahr 2022 deutlich niedriger als im Jahr 2018. Eine Umfrage unter österreichischen Schulärztinnen und -ärzten aus dem Jahr 2022 ergab, dass die psychische Belastung aufgrund der COVID-19-Pandemie bei den Schülerinnen und Schülern deutlich zugenommen habe. Auch der Gesundheitsminister¹⁹ wies im März 2024 auf die gesellschaftlichen und psychologischen Folgen der COVID-19-Pandemie für die mentale Gesundheit von Jugendlichen, insbesondere von Mädchen, hin.

- 2.2 Der RH hielt fest, dass nach Daten der WHO weltweit bereits vor der COVID-19-Pandemie bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung litten. Für Österreich gab es nur eine, durch Drittmittel finanzierte Studie, die für den Erhebungszeitraum 2013 bis 2015 mit einer Prävalenz von 23,9 % auf ähnliche Ergebnisse kam. Obwohl das Gesundheitsministerium laut seiner nationalen Strategie zur psychischen Gesundheit aus dem Jahr 2018 eine repräsentative Erhebung zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen in Österreich – die auch Informationen über einzelne Krankheitsbilder und die Deckung des Versorgungsbedarfs liefern könnte – für erforderlich hielt, lag eine solche in dieser Qualität bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht vor. In Deutschland wurden solche Daten seit 2003 regelmäßig in Studien erhoben, um sie für zielgerichtete Gesundheitsförderungs-, Präventions- und Interventionsansätze nutzen zu können. Diese Daten zeigten – ebenso wie internationale Studien – eine deutliche Verschlechterung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Zuge der COVID-19-Pandemie; die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen war in Deutschland von 18 % auf 30 % angestiegen.

Vor dem Hintergrund, dass ein solch signifikanter Anstieg im Bedarf mit wesentlichen Auswirkungen auf die Versorgung verbunden war und daher in der Versorgungsplanung berücksichtigt werden musste, beurteilte es der RH kritisch, dass dem Gesundheitsministerium aktuelle repräsentative Daten zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich weitgehend fehlten.

¹⁸ **HBSC** (Health Behaviour in School-aged Children) ist die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. Sie wird in Kooperation mit dem Europabüro der WHO von einem interdisziplinären Forschungsnetzwerk aus 51 Ländern und Regionen durchgeführt. Sie fragt z.B. emotionales Wohlbefinden oder subjektives Stressempfinden auf einer Selbstbewertungs-Skala von 0 bis 100 ab. Siehe <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder- und-Jugendgesundheit.html> (abgerufen am 28. Mai 2025).

¹⁹ Johannes Rauch

Damit fehlten auch Informationen über Krankheitsbilder und die Deckung des Versorgungsbedarfs.

Nach Ansicht des RH biete sich hierfür neben einer allfälligen Beauftragung und Finanzierung ergänzender Untersuchungen zur MHAT-Studie²⁰ auch eine Nutzung von bestehenden schulärztlichen Daten²¹ oder von künftig auf Basis der geplanten Diagnose- und Leistungsdokumentation im gesamten Gesundheitswesen erhobenen Daten an.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass die für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen in Österreich verfügbar sind.

- 2.3 (1) Das Gesundheitsministerium teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Fachabteilung die Forderung nach Sicherstellung der erforderlichen Daten zur Unterstützung der Planung einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen befürworte. Ergänzend zu den Ergebnissen der „Surveillance psychosoziale Gesundheit“ vom Jänner 2025 seien repräsentative Daten zu Prävalenz und Schwere psychischer Erkrankungen in der Zielgruppe auf Basis epidemiologischer Studien in regelmäßigen Abständen, zumindest alle fünf bis zehn Jahre, wünschenswert. Diese würden belastbare Informationen zum Versorgungsbedarf liefern. Die Finanzierung solcher Studien sollte nicht auf drittmittelfinanzierten Eigeninitiativen von Universitäten oder sonstigen wissenschaftlichen Einrichtungen beruhen, sondern die Zielsteuerungspartner sollten sie gemeinsam tragen (z.B. im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit).

Zusätzlich seien mit Einführung der Diagnosecodierung auch im gesamten ambulanten Bereich ab 2025 bzw. 2026 Daten zur Inanspruchnahme psychischer und psychiatrischer Versorgungsangebote in deutlich umfassenderer Weise als bisher verfügbar. Im Zusammenspiel mit den epidemiologischen Daten sei damit die Basis für eine bedarfsgerechte Versorgungsplanung gegeben.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass eine valide Datenbasis die Grundlage einer bedarfsgerechten Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher darstelle. Durch die Diagnosecodierung im niedergelassenen Bereich, auf die die Sozialversicherung im Rahmen der vergangenen Finanzaus-

²⁰ siehe RH-Bericht „Psychiatrische Versorgung in Krankenanstalten in Kärnten und Tirol“ (Reihe Bund 2018/57, TZ 3)

²¹ siehe RH-Berichte „Nationaler Aktionsplan Ernährung“ (Reihe Bund 2018/56, TZ 8), „Gesundheit der Schüler: Schulärztlicher Dienst und Schulpsychologischer Dienst“ (Reihe Bund 2013/1, TZ 12) und „Gesundheitsförderung und Prävention“ (Reihe Bund 2023/1, TZ 10)

gleichsverhandlungen hingewirkt habe, seien zukünftig umfangreiche Daten verfügbar, die eine tragfähige Grundlage bilden könnten.

(3) Die Gesundheit Österreich GmbH hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass die Sicherstellung der erforderlichen Daten zur Unterstützung der Planung einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen sehr wünschenswert sei. Mit Einführung der Diagnosecodierung auch im gesamten ambulanten Bereich ab 2025 bzw. 2026 seien solche Daten zu psychiatrischen Erkrankungen deutlich umfassender verfügbar als bisher.

Folgen und Folgekosten

- 3.1 (1) Das Risiko psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher, auch im weiteren Leben an solchen Erkrankungen zu leiden, war höher als bei gesunden Kindern und Jugendlichen; 15 % der nicht behandelten Kinder zeigten auch im Erwachsenenalter Symptome. Daraus könnten im Erwachsenenleben erhebliche Nachteile resultieren – wie eine schlechtere Gesamtgesundheit, niedrigere Bildungsabschlüsse, niedrigeres Einkommen sowie Schwierigkeiten im familiären und sozialen Umfeld. Bei mehr als 50 % der mittels adäquater psychiatrischer Therapie behandelten Kinder und Jugendlichen hätten sich positive Langzeiteffekte gezeigt.²²

Für Österreich hielt der Gesundheitsminister in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung vom März 2023 zum Projekt „Gesund aus der Krise“ (**TZ 18**) fest, dass die Stabilisierung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von großer Bedeutung für das gesamte weitere Leben Betroffener sein könne. Schulerfolg, Berufseinstieg und geglückte soziale Beziehungen hingen wesentlich von der psychischen Gesundheit ab – Investitionen in die psychische Gesundheit kämen daher nicht nur Einzelnen zugute, sondern trügen entscheidend zur positiven Entwicklung der Gesellschaft bei.²³

Eine fehlende oder nicht ausreichende Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen konnte langfristig zu Mehrausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich sowie zu volkswirtschaftlichen Nachteilen führen. Dies z.B. durch eine spätere geringere Erwerbsbeteiligung und durch vorzeitiges Ausscheiden aus dem Arbeitsmarkt.

²² für eine Zusammenfassung dazu erschienener Studien siehe Deutsches Ärzteblatt 2004; 101: A 2536–2541 (Heft 38), <https://www.aerzteblatt.de/archiv/43439/Verlauf-von-psychischen-Stoerungen-bei-Kindern-und-Jugendlichen> (abgerufen am 28. Mai 2025)

²³ <https://www.parlament.gv.at/gegenstand/XXVII/AB/13157> (abgerufen am 28. Mai 2025)

(2) Die OECD²⁴ schätzte die Kosten psychischer Erkrankungen bezogen auf die Gesamtbevölkerung innerhalb der EU im Jahr 2018 auf Basis von Daten des Jahres 2015 auf über 600 Mrd. EUR pro Jahr bzw. 4 % des Bruttoinlandsprodukts. Darin berücksichtigt waren sowohl direkte Ausgaben für Gesundheits-, Sozial- und Sozialversicherungsleistungen als auch indirekte Kosten aufgrund eingeschränkter Produktivität und Erwerbstätigkeit. Die Europäische Kommission beschloss deshalb im Juni 2023, psychische Gesundheitsprobleme verstärkt zu bekämpfen und die Mitgliedstaaten dabei mit rd. 1,23 Mrd. EUR zu unterstützen.

In Österreich verursachten psychische Erkrankungen laut dieser OECD-Schätzung jährlich Gesamtkosten in Höhe von 14,930 Mrd. EUR, wovon 6,342 Mrd. EUR als indirekte Kosten aufgrund von Produktivitätseinbußen am Arbeitsmarkt anfallen würden. Der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen ging 2019 von Kosten von jährlich bis zu 12 Mrd. EUR aus.

Eine Studie der Medizinischen Universität Wien²⁵ aus dem Jahr 2020 zeigte für Österreich, dass die mit psychischen Erkrankungen verbundenen Kosten für Behandlung, Medikation und infolge Arbeitsunfähigkeit bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren doppelt so hoch waren wie die Kosten bei jenen ohne psychische Erkrankung. Studien aus Deutschland²⁶ kamen zu ähnlichen Ergebnissen: Mit der Schwere der Erkrankung würden die Kosten um ein Vielfaches ansteigen, weshalb das frühzeitige Behandeln psychischer Erkrankungen auch gesundheitsökonomisch von zentraler Bedeutung sei.

(3) Auch der RH hatte in seinen Berichten zur Versorgung psychisch Erkrankter durch die Sozialversicherung (Reihe Bund 2019/8, TZ 2) und zu psychosozialen Angeboten in den Ländern Salzburg und Steiermark (u.a. Reihe Bund 2019/9, TZ 2) auf die hohen und stark steigenden Folgekosten psychischer Erkrankungen hingewiesen. Allein für Invaliditätspensionen und Rehabilitationsgeld aufgrund psychischer Erkrankungen waren im Jahr 2016 rd. 1 Mrd. EUR aufgewendet worden. Im Dezember 2022 waren fast 45 % aller Erwerbsunfähigkeitspensionen in Österreich auf die Krankheitsgruppe „psychische und Verhaltensstörungen“ zurückzuführen. Für Kinder und Jugendliche in Österreich lagen keine Berechnungen der (Folge-)Kosten von psychischen Erkrankungen vor.

²⁴ OECD/EU, Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en (abgerufen am 28. Mai 2025)

²⁵ Łaszewska/Wancata/Jahn/Simon, The excess economic burden of mental disorders: findings from a cross-sectional prevalence survey in Austria, *The European Journal of Health Economics* 2020, <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01200-0> (abgerufen am 28. Mai 2025)

²⁶ Bombana/Heinzel-Gutenbrunner/Müller, Psychische Belastung und ihre Folgen für die Krankheitskosten – eine Längsschnittstudie in Deutschland, *Gesundheitswesen* 2022, <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1842-5458.pdf> (abgerufen am 28. Mai 2025)

(4) Den Folgekosten psychischer Erkrankungen standen Kosten für deren Prävention gegenüber. Die WHO wies bereits 2013 auf die Bedeutung von Investitionen in psychische Gesundheit für die soziale und wirtschaftliche Entwicklung hin. Auch die London School of Economics and Political Science zeigte in Berichten aus den Jahren 2017²⁷ und 2022²⁸ auf, dass Gesundheitsförderung, Prävention und möglichst frühzeitige Interventionen bei Kindern und Jugendlichen besonders wirksam seien, um langfristige Folgen psychischer Erkrankungen zu vermeiden bzw. zu mindern.

Eine im British Medical Journal publizierte internationale Studie²⁹ aus dem Jahr 2022 kam zum Ergebnis, dass für jeden in die Förderung psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter investierten US-Dollar über eine Lebenszeit von 80 Jahren im Durchschnitt 24 US-Dollar an gesundheitlichem und volkswirtschaftlichem Nutzen erwartbar seien.

- 3.2 Der RH hielt fest, dass eine zielgerichtete und wirksame Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen von besonderer Bedeutung war, um die – teils schwerwiegenden – persönlichen Auswirkungen für die Betroffenen möglichst gering halten zu können. Diese Auswirkungen setzten sich häufig auch im Erwachsenenalter fort und konnten mit dauerhaften Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich sowie (volks-)wirtschaftlichen Nachteilen aufgrund eingeschränkter Erwerbstätigkeit verbunden sein. Auch internationale Organisationen wie die WHO, die UNICEF, die OECD oder die EU wiesen wiederholt auf die Bedeutung guter psychischer Gesundheit hin. Die OECD schätzte 2018 auf Basis von Daten aus 2015 die jährlichen (Folge-)Kosten psychischer Erkrankungen bezogen auf die gesamte Bevölkerung in Österreich auf 14,930 Mrd. EUR. Darin berücksichtigt waren sowohl direkte Ausgaben für Gesundheits-, Sozial- und Sozialversicherungsleistungen als auch indirekte Kosten infolge von Produktivitätseinbußen am Arbeitsmarkt.

Der RH verwies auf seine Kritik am Fehlen aktueller, repräsentativer Daten zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich (TZ 2). Diese mangelhafte Datenlage erschwerte es auch, die mit den psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen einhergehenden gesellschaftlichen Risiken und Auswirkungen auf das Gesundheits- und Sozialsystem zu überblicken.

²⁷ <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/commissioning-cost-effective-services-for-promotion-of-mental-health-and-wellbeing-and-prevention-of-mental-ill-health.pdf> (abgerufen am 28. Mai 2025)

²⁸ <https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-06/MHF-Investing-in-Prevention-Full-Report.pdf> (abgerufen am 28. Mai 2025)

²⁹ *Stelmach/Kocher/Kataria/Jackson-Morris/Saxena/Nugent*, The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study, BMJ Global Health 2022, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759> (abgerufen am 28. Mai 2025)

Er wiederholte daher seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium und den Dachverband, gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass die für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen in Österreich verfügbar sind (TZ 2).

- 3.3 Das Gesundheitsministerium, der Dachverband und die Gesundheit Österreich GmbH verwiesen auf ihre Stellungnahmen zu TZ 2, worin sie die Notwendigkeit von Daten zur Unterstützung der Planung einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen betonten. Mit Einführung der Diagnosecodierung auch im gesamten ambulanten Bereich stünden in Zukunft deutlich mehr Daten zur Inanspruchnahme psychischer und psychiatrischer Versorgungsangebote zur Verfügung.

Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich

Einführung eines Sonderfachs

- 4.1 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte ihre Wurzeln in der Psychiatrie und Neurologie sowie in der Kinderheilkunde. Während die Schweiz die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 1953 und die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1968 als eigenes Sonderfach (Facharztdisziplin mit entsprechender Ausbildung) anerkannten, führte Österreich ein solches am 1. Februar 2007 mit einer Mindestausbildungsdauer von sechs Jahren ein.³⁰ Davor – ab dem Jahr 1975 – war die Ausbildung auf eine dreijährige Zusatzausbildung (Additivfach) in Kinder- und Jugendneuropsychiatrie³¹ beschränkt, die von Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Neurologie sowie für Kinderheilkunde absolviert werden konnte.³²

³⁰ Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, BGBl. II 286/2006; laut den Erläuternden Bemerkungen sollte eine bereits in fast allen europäischen Staaten stattgefunden Entwicklung auch in Österreich umgesetzt werden.

Österreich erweiterte das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie erst im Jahr 2015 um die Psychotherapie und etablierte damit das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, BGBl. II 147/2015). Der RH verwendet dafür einheitlich den Begriff Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Schweiz und in Deutschland erfolgte eine solche Erweiterung bereits in den Jahren 1990 bzw. 1993.

³¹ bis zum Jahr 1994: Kinderneuropsychiatrie

³² Der Abschluss einer bis 31. Jänner 2007 begonnenen Ausbildung im Additivfach war bis 31. Jänner 2019 möglich.

Die Einführung des Sonderfachs im Jahr 2007 hatte zur Folge, dass die Kinder- und Jugendpsychiatrie erstmals Gegenstand der bundesweiten Versorgungsplanung mit fachspezifischen Strukturqualitätskriterien wurde und die Sozialversicherungsträger fachärztliche Kassenverträge für Kinder- und Jugendpsychiatrie abzuschließen hatten.

- 4.2 Der RH hielt fest, dass Österreich die aus der Psychiatrie, Neurologie und Kinderheilkunde entwickelte Kinder- und Jugendpsychiatrie erst 2007 – somit um bis zu rund fünf Jahrzehnte später als die Schweiz oder Deutschland – als eigenes Sonderfach anerkannte. Dies hatte zur Folge, dass auch eine bundesweite Versorgungsplanung mit fachspezifischen Strukturqualitätskriterien im Vergleich mit diesen Staaten später einsetzte. Vor dem Hintergrund der geschätzten Prävalenz psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen und der damit verbundenen Folgen (TZ 3) beurteilte es der RH kritisch, dass Österreich erst im Jahr 2007 mit der Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie die Grundlage für eine bundesweite fachspezifische Versorgungsplanung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie schuf.

Bestandsanalyse und Bedarfsschätzung

- 5.1 (1) Im Jahr 2004 leistete das Österreichische Bundesinstitut für Gesundheitswesen (**ÖBIG**, seit 2006 Teil der Gesundheit Österreich GmbH) unter Mitwirkung einer Expertengruppe für das Gesundheitsministerium Vorarbeiten für die Einführung eines Sonderfachs für Kinder- und Jugendpsychiatrie.³³ Diese Studie enthielt u.a. eine Bestandsanalyse und eine Bedarfsschätzung der kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung im intramuralen und extramuralen Bereich (in der Folge: **ÖBIG-Analyse**). Die ÖBIG-Analyse zeigte, dass

- die Quantität des Angebots zwischen den Ländern beträchtlich variierte,
- sich die Einrichtungen vornehmlich auf die Landeshauptstädte konzentrierten und
- stationäre Angebote im Allgemeinen besser entwickelt waren als teilstationäre und ambulante Angebote.

(2) Im intramuralen Bereich waren laut der ÖBIG-Analyse bundesweit rd. 340 stationäre und tagesklinische Behandlungsplätze für die kinder- und jugendneuropsychiatrische Versorgung an 15 Standorten vorhanden. Mit Ausnahme des Burgenlandes gab es ein bis drei Standorte je Land. Das gesamte Spektrum des geplanten Sonderfachs deckten davon nur sechs Standorte in fünf Ländern³⁴ ab. Laut der ÖBIG-Analyse hätten nur in Kärnten und Vorarlberg die vorhandenen Behandlungsplätze

³³ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (*Bednar/Danzer*), Planung Psychiatrie 2004 – Versorgungsstruktur Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (2004)

³⁴ Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark, Wien

ausgereicht und bundesweit rd. 300 Plätze gefehlt. Den Bedarf bezifferte die ÖBIG-Analyse mit einem Richtwert von 0,08 bis 0,1 Behandlungsplätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner, basierend auf der bisherigen durchschnittlichen Inanspruchnahme, auf dem Ist-Stand an fachspezifischen Betten und auf Empfehlungen aus Deutschland³⁵ sowie einer europäischen Studie. Die Expertengruppe erachtete mindestens eine stationäre Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro Land für erforderlich, die das gesamte Spektrum des geplanten Sonderfachs abdeckte (TZ 9).

(3) Im extramuralen Bereich zeigte die ÖBIG-Analyse bundesweit 55 niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit Additivfach Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.³⁶ Davon hatten – in fünf Ländern³⁷ – insgesamt 13 einen Kassenvertrag. Laut der ÖBIG-Analyse wären damals bundesweit etwa 32 Vertragsärztinnen und -ärzte mit Tätigkeit im Additivfach erforderlich gewesen, somit eine bzw. einer pro 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.³⁸

(4) Die ÖBIG-Analyse listete Strukturelemente der Versorgung auf, die bundesweit in ausreichendem Umfang entwickelt und damit Teil der Planung werden sollten. Darunter waren auch mobile ambulante Einheiten, die – unabhängig von Spitalsambulanzen – eine wohnortnahe Behandlung zuhause ermöglichen sollten. Die ÖBIG-Analyse hob – bedingt durch die Komplexität der Erkrankungen – das Erfordernis der Multiprofessionalität hervor und empfahl, diese auch für den extramuralen Bereich zu gewährleisten, etwa durch die Etablierung dezentraler, gemeindenaher, multiprofessioneller Netzwerke. Sowohl der Auf- und Ausbau mobiler ambulanter Einheiten (Home Treatment, TZ 16) als auch von multiprofessionellen Einrichtungen (TZ 15) war Gegenstand des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 (TZ 14).

- 5.2 Der RH hob die im Jahr 2004 vom ÖBIG für das Gesundheitsministerium durchgeführten Arbeiten, die Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie unter Mitwirkung einer Expertengruppe vorzubereiten, positiv hervor. Einerseits gaben sie einen Überblick über die damalige Versorgungslage – eine das gesamte Spektrum des damals geplanten Sonderfachs abdeckende intramurale Versorgung und eine vertragsärztliche Versorgung im extramuralen Bereich gab es nur in je fünf Ländern. Andererseits enthielten sie eine Bedarfsschätzung, auf die die weitere

³⁵ Expertenkommission der deutschen Bundesregierung (1988)

³⁶ Die ÖBIG-Analyse merkte jedoch an, dass diese 55 Ärztinnen und Ärzte häufig in ihrem Sonderfach (insbesondere Kinderheilkunde oder Psychiatrie) tätig waren, begründet durch die eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten einer isolierten Facharztpraxis im Verhältnis zum komplexen Bedarf neuropsychiatrisch erkrankter Kinder und Jugendlicher. Laut Thun-Hohenstein sei im Jahr 2007 von den bestehenden Kassenverträgen nur eine Handvoll dem Bereich Kinder- und Jugendneuropsychiatrie zuzuordnen; siehe *Thun-Hohenstein*, Die Versorgungssituation psychisch auffälliger und kranker Kinder und Jugendlicher in Österreich, in *Kerbl/Thun-Hohenstein/Vavrik/Waldhauser* (Hrsg.) *Kindermedizin – Werte versus Ökonomie* (2008) 163.

³⁷ Kärnten, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg, Wien

³⁸ Diese Einschätzung basierte auf einem von einer Expertengruppe für Deutschland angegebenen Richtwert: eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie pro 200.000 bis 250.000 Einwohnerinnen und Einwohnern.

Planung aufbauen konnte. Der RH hielt fest, dass das ÖBIG schon in diesen Arbeiten aus 2004 mobile Einheiten für eine Behandlung zuhause und eine multiprofessionelle Behandlung im extramuralen Bereich als notwendige Versorgungsformen empfohlen hatte, deren Auf- und Ausbau in Form von Home Treatment und ambulanten multiprofessionellen Einrichtungen noch Gegenstand des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 war.

Strategische Festlegungen nach Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie

6.1 (1) Das Gesundheitsministerium hielt nach der Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie in seiner Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie aus dem Jahr 2011 fest, dass

- die kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgungsstrukturen im Einklang mit den Vorgaben im ÖSG (TZ 8) rasch aufzubauen seien, und verwies hierzu auf geplante Aus- bzw. Neubauten stationärer³⁹ und tagesklinischer Strukturen⁴⁰ in den Ländern;
- eine Mangelfachverordnung zur Erhöhung der Ausbildungskapazität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit dem Ziel zu erlassen sei, die verfügbaren Ausbildungskapazitäten von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie an allen Standorten zur Gänze auszunützen (TZ 7);
- Kapazitäten zur kinder- und jugendpsychiatrischen Grundversorgung im extramuralen Bereich auszubauen seien; hierfür seien neue Kassenstellen für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie zu schaffen sowie eine multiprofessionelle Versorgung gemeinsam mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten mit kinderspezifischer Ausbildung bzw. in den auf- bzw. auszubauenden multiprofessionellen Einrichtungen (TZ 15) sicherzustellen;
- alle beteiligten Angebote und Strukturen, wie Gesundheitsförderung, Prävention, Krisen- und Suchtbehandlung, Rehabilitation, Einrichtungen zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit komplexen Störungsbildern sowie Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, vernetzt werden und untereinander kooperieren sollten.

(2) Der Dachverband veröffentlichte im Jahr 2012 eine Strategie Psychische Gesundheit der Sozialversicherung mit einem eigenen Handlungsbereich für Kinder und Jugendliche. Diese Strategie hielt fest, dass die Versorgung von psychisch erkrankten

³⁹ Neue stationäre Strukturen waren damals in Niederösterreich (Landeskrankenhaus Mauer), in Salzburg (Krankenhaus Schwarzach, heute Kardinal Schwarzenberg Klinikum; Uniklinikum Salzburg Christian-Doppler-Klinik), in Tirol (Landeskrankenhaus Hall) und in Vorarlberg (Landeskrankenhaus Rankweil) geplant.

⁴⁰ Zusätzliche tagesklinische Angebote sollten in Niederösterreich (Landeskrankenhaus Wiener Neustadt, Landeskrankenhaus Mistelbach), Oberösterreich (Kepler Universitätsklinikum Linz) und der Steiermark (Landeskrankenhaus Hochsteiermark) etabliert werden.

Kindern und Jugendlichen im extramuralen Bereich nicht ausreiche und im intramuralen Bereich regional unterschiedlich gedeckt sei. Beide Bereiche müssten in besonderem Ausmaß gut vernetzt entwickelt werden und neben niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten wären auch integrierte Fachambulatorien mit multiprofessionellen Teams besonders sinnvoll, vor allem für die Versorgung bei schweren Erkrankungen und/oder bei komplexem psychosozialen Betreuungsbedarf.

Ausführungen, welche Maßnahmen von wem zu setzen waren, um die geforderte multiprofessionelle Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu schaffen, enthielten die Strategien von Gesundheitsministerium und Sozialversicherung nicht.

(3) Gemeinsame strategische Festlegungen der Zielsteuerungspartner – Bund, neun Länder und Sozialversicherung – zur Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen enthielt erstmals der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017. Die Zielsteuerungspartner bekannten sich zum Ziel, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen zu optimieren. Dafür waren zwei Maßnahmen im psychosozialen Bereich vorgesehen:

(a) Attraktivierung der Mangelberufe

Zum einen enthielt der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 die Vorgabe, ein Konzept zur Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen bis Juni 2019 zu erstellen und umzusetzen. Dazu setzte die Fachgruppe Public Health im Jahr 2018 eine Arbeitsgruppe mit dem Ziel ein, die Bedarfsdeckung bzw. Unterversorgung in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Ursachen zu erheben. Dazu gehörte auch eine Erhöhung der Zahl der Ausbildungsstellen im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie mithilfe der sogenannten Mangelfachregelung durch eine Lockerung des Ausbildungsschlüssels (**TZ 7**). Die Fachgruppe Public Health verfolgte dieses Ziel nicht weiter, da mangels Nachfrage nicht alle bewilligten Ausbildungsstellen hätten besetzt werden können. Das vom Ständigen Koordinierungsausschuss im März 2021 beschlossene Konzept konzentrierte sich auf die „Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ sowie darauf, „kinder- und jugendpsychiatrische Netzwerke sichtbar zu machen, zu stärken und weiterzuentwickeln“.

(b) Multiprofessionelle Einrichtungen

Zum anderen sollten niederschwellige, multiprofessionelle Einrichtungen im kinder- und jugendpsychiatrischen und psychosozialen Bereich (**TZ 15**) unter Berücksichtigung der Versorgungssituation in den Ländern bedarfsgerecht ausgebaut werden. Als Messgröße definierte der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 die Erhöhung der Anzahl der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote;

konkrete Zielwerte dazu und Aussagen über die Multiprofessionalität der Angebote waren nicht vorgegeben.

- 6.2 Nach Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2007 bekannten sich sowohl das Gesundheitsministerium (2011) als auch die Sozialversicherung (2012) in Strategiepapieren dazu, die Versorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche verbessern zu wollen.

Aus Sicht des RH identifizierte das Gesundheitsministerium bereits 2011 die wesentlichen Handlungsfelder: den raschen Ausbau stationärer Strukturen, die Erhöhung und Ausnutzung der dortigen Ausbildungskapazitäten, die Schaffung neuer Kassensstellen für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Ergänzung zu einer multiprofessionellen Versorgung mit niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten mit kinderspezifischer Ausbildung und multiprofessionellen Einrichtungen sowie die Vernetzung aller Angebote untereinander.

Der RH hielt kritisch fest, dass in den Strategiepapieren klare Ziele, Richtwerte und konkrete Umsetzungsmaßnahmen mit dafür Verantwortlichen fehlten, obwohl dies seiner Ansicht nach insbesondere im Hinblick auf die Unterversorgung bzw. den Aufbau von Versorgungsstrukturen geboten war. Zwar einigten sich Bund, Länder und Sozialversicherung mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 erstmals auf gemeinsame strategische Festlegungen, Ziele und Maßnahmen. Der RH kritisierte jedoch, dass im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie konkrete Zielwerte für die Erhöhung der Angebote und Aussagen über deren Multiprofessionalität fehlten. Zudem waren nur zwei Maßnahmen – Attraktivierung von Mangelberufen und bedarfsgerechter Ausbau multiprofessioneller Einrichtungen – enthalten, die nicht alle der zuvor identifizierten wesentlichen Handlungsfelder abdeckten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, darauf hinzuwirken, die in den Strategien des Gesundheitsministeriums und der Sozialversicherung identifizierten Handlungsfelder in die Zielsteuerung-Gesundheit zu integrieren und zu operationalisieren, um die für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der multiprofessionellen Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen erforderlichen Maßnahmen setzen zu können.

Er empfahl ihnen zudem, in Abstimmung mit den Ländern das Ziel der Erhöhung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote zu präzisieren und dabei auch die erforderliche Multiprofessionalität von Angeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu berücksichtigen.

Die nachfolgenden Entwicklungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2024 und des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 führt der RH in **TZ 14** aus.

- 6.3 (1) Das Gesundheitsministerium gab in seiner Stellungnahme an, dass die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 erstmals mit einem eigenen Ziel (operatives Ziel 6) verankert sei. Vorgesehen sei, auf Basis einer Ist-Erhebung ein Gesamtkonzept für die psychosoziale Versorgung der Bevölkerung zu erarbeiten, einschließlich der multiprofessionellen Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen. Hierfür seien jedoch aufgrund der Komplexität der Thematik, der fragmentierten Zuständigkeiten und der prekären öffentlichen Finanzen sowohl beim Bund als auch bei der Sozialversicherung keine kurzfristigen Verbesserungen zu erwarten.

Mit der Schaffung von auch im ÖSG verankerten Mindestvorgaben für den Bereich der entwicklungs- und sozialpädiatrischen Einrichtungen seien bereits konkrete Schritte in Richtung Auf- und Ausbau erforderlicher Angebote gesetzt worden. Für Home Treatment seien ähnliche Schritte in Vorbereitung.

- (2) Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Zielsteuerungspartner für die laufende Zielsteuerungsperiode festgelegt hätten, Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu setzen. Dem operativen Ziel 6 folgend würden sie an einem bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen der psychiatrischen Versorgung für Kinder und Jugendliche arbeiten. Allerdings habe der Dachverband keine Kompetenz zum Abschluss der dafür notwendigen Gesamtverträge, diese liege bei den Krankenversicherungsträgern.

Im Einklang mit der Empfehlung des RH hätten die Zielsteuerungspartner die Schaffung multiprofessioneller Strukturen als Ziel definiert. Bestehende Konzepte (z.B. Home Treatment) zu innovativen Versorgungsformen könnten nur dann erfolgreich umgesetzt werden, wenn eine ausreichende Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügbar sei.

- (3) Laut Stellungnahme der Gesundheit Österreich GmbH sei die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 im operativen Ziel 6 verankert. Darauf könnten Arbeiten zur Operationalisierung von Maßnahmen für einen bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der multiprofessionellen Versorgung für Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen basieren.

- 6.4 (1) Der RH entgegnete dem Gesundheitsministerium, dass das Bekenntnis der Zielsteuerungspartner zum operativen Ziel 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 und das Eingeständnis, dass aus finanziellen Gründen keine kurzfristigen Verbesserungen zu erwarten seien, im Widerspruch zueinander standen. Eine mangels finanzieller Ressourcen nicht bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen sah er insofern als problematisch an, als dies zu den bereits in TZ 3

beschriebenen nachteiligen persönlichen Folgen, volkswirtschaftlichen Folgekosten und damit zu noch höheren öffentlichen Kosten führen konnte.

(2) Der RH hielt gegenüber dem Dachverband fest, dass er ihm nicht empfohlen hatte, selbst Maßnahmen zur Stärkung der Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu setzen, sondern auf die Integration der von der Sozialversicherung identifizierten Handlungsfelder in die Zielsteuerung-Gesundheit und auf ihre Operationalisierung hinzuwirken. Vor dem Hintergrund der Rolle des Dachverbands bei der Zielsteuerung und seiner Koordinierungsfunktion innerhalb der Sozialversicherung verblieb er bei seiner Empfehlung.

Zur Frage nach der Verfügbarkeit von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie verwies der RH auf seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium in TZ 7, insbesondere eine kinder- und jugendpsychiatrische Spezialisierung für andere Sonderfächer wie Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu prüfen. Außerdem sah die Sozialversicherung selbst in ihrer Strategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025 eine Erhöhung der Planstellen für Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie vor (TZ 14).

Mangelfachregelung

- 7.1 (1) Eine Facharztausbildung konnte in Österreich nur an anerkannten Ausbildungsstätten mit genehmigten Ausbildungsstellen im jeweiligen Sonderfach absolviert werden. Für die Genehmigung von Ausbildungsstellen mussten die Ausbildungsstätten grundsätzlich einen Ausbildungsschlüssel erfüllen, der zusätzlich zur bzw. zum Ausbildungsverantwortlichen (z.B. Abteilungsleitung) für jede auszubildende Person eine Fachärztin bzw. einen Facharzt als Ausbilderin bzw. Ausbilder und damit im Ergebnis ein Verhältnis von 2:1, 3:2 oder 4:3 etc. vorsah.⁴¹

Das Ärztegesetz 1998 ermöglichte es der Gesundheitsministerin bzw. dem Gesundheitsminister seit Juli 2009, für einzelne Sonderfächer eine befristete Lockerung des generellen Ausbildungsschlüssels zu verordnen. Diese sogenannte Mangelfachregelung sollte laut Ärztegesetz 1998 zur Anwendung kommen, wenn dies zur längerfristigen Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung notwendig war. Wann dies konkret der Fall sein sollte, definierte der Gesetzgeber nicht.

Auch das Gesundheitsministerium legte keinen Maßstab für die Beurteilung fest, wann die längerfristige Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung gefährdet und damit die Anwendung der Mangelfachregelung notwendig war.⁴²

⁴¹ § 10 Abs. 4 Ärztegesetz 1998, BGBl. I 169/1998 i.d.g.F.; seit 1. Jänner 2024 zählt die bzw. der Ausbildungsverantwortliche zu den erforderlichen ausbildenden Fachärztinnen bzw. Fachärzten.

⁴² siehe RH-Bericht „Ärzteausbildung“ (Reihe Bund 2021/42, TZ 43)

Die Kommission für die ärztliche Ausbildung⁴³ – ein Beratungsgremium der Gesundheitsministerin bzw. des Gesundheitsministers in Ärzteausbildungsangelegenheiten – diskutierte die bestehenden Mangelfächer und mögliche Ausweitungen auf andere Sonderfächer regelmäßig; ihre Beratungen zu Versorgungsbedarfen bezogen sich insbesondere auf Ausbildungsstellen und die Anzahl an Fachärztinnen und Fachärzten. Ein standardisiertes Monitoring zum Stand des Versorgungsbedarfs, etwa in Form einer Auswertung der Wartezeiten auf Behandlungen, existierte nicht. Daher fehlte auch ein aus dem Bedarf abgeleiteter Wert, wie viele Fachärztinnen und Fachärzte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erforderlich waren.

Hier setzte die Kommission für die ärztliche Ausbildung an und richtete eine Unterarbeitsgruppe zum Thema „Ärzteausbildung: Bedarfsrechnung und Monitoring“ ein, die im April 2023 ihre Arbeit aufnahm und ein möglichst treffsicheres Prognosetool zum zukünftigen Ärztebedarf entwickeln sollte. Laut Gesundheitsministerium arbeitete die Unterarbeitsgruppe zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an der Umsetzung. Zudem sollte die Unterarbeitsgruppe ein Monitoring der Anzahl, der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie des fachärztlichen Tätigkeitsbereichs (z.B. Einzelpraxis, Gruppenpraxis, Krankenanstalt) entwickeln. Die Bedeutung eines solchen Monitorings zeigte eine bundesweite Erhebung des Gesundheitsministeriums vom Oktober 2023, die den genehmigten Ausbildungsstellen im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie die budgetierten und besetzten Planstellen gegenüberstellte. Demnach⁴⁴ war an 19 von 21 Standorten und je Land die Anzahl der besetzten Ausbildungsstellen geringer als die Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen. An 14 der 21 Standorte (in allen Ländern ausgenommen Niederösterreich) war die Anzahl der laut Dienstpostenplan besetzbaren Ausbildungsstellen geringer als die Anzahl der genehmigten Ausbildungsstellen.

Für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie führte das Gesundheitsministerium die Mangelfachregelung im Juni 2010 ein.⁴⁵ Es begründete diesen Schritt mit einem seit längerer Zeit bestehenden Facharztmangel und einem mit der Einführung des Sonderfachs verbundenen Aufholbedarf.⁴⁶ Die Regelung ermöglichte zwischen ausbildenden und auszubildenden Ärztinnen und Ärzten ein Verhält-

⁴³ Vertreten waren darin neben dem Gesundheitsministerium die Länder, der Dachverband sowie Sozialversicherungsträger, die Österreichische Ärztekammer und Träger ärztlicher Ausbildungsstätten. Rechtsgrundlage für die Kommission war seit dem Jahr 2023 § 6b Ärztegesetz 1998 in Verbindung mit § 8 Bundesministeriengesetz 1986.

⁴⁴ inklusive einer ergänzenden Meldung für das Burgenland

⁴⁵ § 14 Abs. 5 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 i.d.F. BGBl. II 167/2010

⁴⁶ Das Gesundheitsministerium beobachtete eine tendenzielle Zunahme von relevanten Erkrankungen und hob vor diesem Hintergrund die Bedeutung der Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie in ihrer Nahtstellenfunktion zu den Bereichen Psychologie, Psychotherapie, Pädagogik und soziale Kinder- und Jugendarbeit hervor (siehe Vorblatt und Erläuterungen zur Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006, die im Juni 2010 kundgemacht wurde).

nis 2:2, 3:3, 4:4 etc.⁴⁷ und damit an den damaligen zehn stationären Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie neun zusätzliche Ausbildungsstellen.⁴⁸

Ab Juni 2015 galt für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie eine weitere Lockerung: Es waren für die ersten vier Ausbildungsstellen zwei Auszubildende ausreichend, somit galt ein Ausbildungsschlüssel von 2:4, 3:5, 4:6 etc.⁴⁹ Ab Februar 2022 bedurfte es ab je zwei weiteren Ausbildungsstellen jeweils nur einer weiteren Fachärztin bzw. eines weiteren Facharztes (Ausbildungsschlüssel 2:4, 3:6, 4:8 etc.).⁵⁰ Die Regelung war – nach Verlängerungen – mit 31. Mai 2027 befristet. Im Zuge der Erweiterung der Sonderfachaufgaben um den Übergang ins Erwachsenenalter (Transitionszeit) beurteilte das Gesundheitsministerium im Jahr 2024 die Lockerung des Ausbildungsschlüssels in der Kinder- und Jugendpsychiatrie als nicht ausreichend, um den Versorgungsbedarf zu decken.⁵¹

(2) Die Anzahl der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bis Ende Jänner 2019 inklusive Additivfach) in Ausbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte stieg im Zeitraum 2017 bis 2021 um 31 % auf 80 an und schwankte in der Folge – mit Ausnahme eines kurzfristigen Rückgangs auf 72 im Jahr 2023 – bis März 2024 nur geringfügig.

⁴⁷ Die Regelung entsprach der für Medizinische Universitäten damals generell geltenden Regelung.

⁴⁸ siehe *Thun-Hohenstein*, Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Österreich – ein Update, in *Kerbl/Thun-Hohenstein/Damm/Waldhauser* (Hrsg.), *Kinder und Jugendliche im besten Gesundheitssystem der Welt* (2011) 83

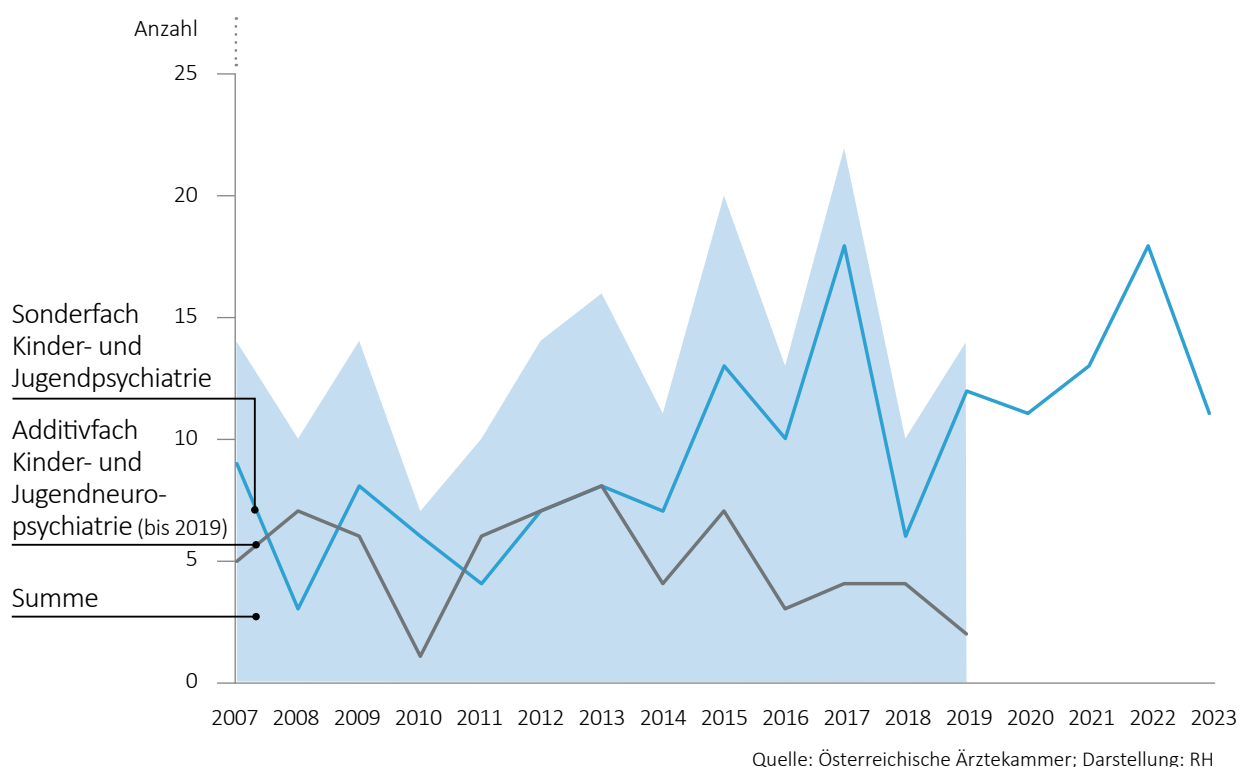
⁴⁹ Diese Regelung in § 37 Abs. 1 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 i.d.F. BGBl. II 147/2015 galt auch für das Sonderfach Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin.

⁵⁰ § 37 Abs. 2 Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 i.d.F. BGBl. II 49/2022

⁵¹ siehe die Erläuterungen zur Novelle der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 von Mai 2024

Der RH erhob die Anzahl der jährlichen Anerkennungen der Facharztberechtigung Kinder- und Jugendpsychiatrie (Erstberechtigung; bis Ende Jänner 2019 inklusive Additivfach),⁵² die im Zeitraum 2007 bis 2023 in der Bandbreite von sieben (2010) bis 22 (2017) stark schwankte:

Abbildung 1: Entwicklung der anerkannten Facharztberechtigungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Erstberechtigung, inklusive Additivfach) 2007 bis 2023



Die Berufsausübungsberechtigung setzte neben der Anerkennung der Facharztberechtigung auch die Eintragung in die bundesweite Ärzteliste voraus. Mit kinder- und jugendpsychiatrischem Sonderfach (Additivfach nicht eingerechnet) waren in die Ärzteliste eingetragen:

- Ende 2007 97 Ärztinnen und Ärzte,
- Ende 2017 236 Ärztinnen und Ärzte und
- Ende 2023 313 Ärztinnen und Ärzte.⁵³

⁵² Ausgewertet von der Österreichischen Ärztekammer auf Basis der Ärzteliste; für den Fall, dass eine Person über mehrere Facharztberechtigungen verfügte, zählte die Österreichische Ärztekammer jene Berechtigung, die als erstes anerkannt wurde; nicht inkludiert waren ausländische Berechtigungen und Berechtigungen, die auf ausländische Erstberechtigungen folgten.

⁵³ Anzahl der Ärztinnen und Ärzte (Kopfzahlen) laut Österreichischer Ärztekammer, bereinigt um Mehrfachzählungen

Dies entsprach einem durchschnittlichen jährlichen Anstieg um rd. 14 Personen zwischen 2007 und 2017 und rd. 13 Personen zwischen 2017 und 2023.

- 7.2 (1) Das Gesundheitsministerium nutzte für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie im Juni 2010 die – im Juli 2009 eingeführte – Möglichkeit einer Lockerung des generellen Ausbildungsschlüssels (Mangelfachregelung) und erweiterte die Ausnahmeregelung in den Jahren 2015 und 2022. Damit reichte seit Februar 2022 – ab der zweiten Ausbildungsstelle – eine Fachärztin bzw. ein Facharzt pro zwei auszubildenden Ärztinnen und Ärzten.

Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium keinen Maßstab zur Beurteilung des im Ärztegesetz 1998 vorgesehenen Kriteriums zur Anwendung der Mangelfachregelung festlegte. So fehlte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie etwa ein Wert, wie vieler Fachärztinnen und Fachärzte es mindestens bedurfte, um die Bevölkerung adäquat versorgen zu können.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, im Hinblick auf die langfristige Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung das Kriterium für die Anwendung der Mangelfachregelung mit fachspezifischen Kenngrößen zum Ärztebedarf zu konkretisieren.

Der RH verwies darauf, dass die Kommission für die ärztliche Ausbildung eine Unterarbeitsgruppe mit der Erarbeitung eines Prognosetools zum Ärztebedarf sowie eines Ärzte-Monitorings beauftragte; die im April 2023 dazu begonnenen Arbeiten waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch im Gange. Aufgrund der Zuständigkeit des Gesundheitsministeriums für die Mangelfachregelung hielt es der RH für wesentlich, dass das Gesundheitsministerium auch einen Überblick über die besetzbaren und besetzten Ausbildungsstellen hatte und die Gründe für nicht eingerichtete oder unbesetzte Stellen kannte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den übrigen Vertreterinnen und Vertretern in der Kommission für die ärztliche Ausbildung die Arbeiten am bundesweiten Prognosetool zum Ärztebedarf konsequent fortzuführen und das geplante Ärzte-Monitoring zeitnah in Betrieb zu nehmen. Das Monitoring wäre für den intramuralen und den extramuralen Bereich zu führen und sollte die besetzbaren und besetzten ärztlichen Planstellen umfassen.

- (2) Der RH hielt fest, dass die Gesamtzahl der in die Ärzteliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach nicht eingerechnet) seit der Einführung des Sonderfachs von 97 (Ende 2007) auf 313 (Ende 2023) anstieg. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten war zwischen Ende 2017 und Ende 2023 mit rd. 13 Personen gegenüber dem Zeitraum 2007 bis 2017 mit rd. 14 Personen nahezu unverändert.

Einen Zusammenhang zwischen der Anzahl der Anerkennungen von Facharztberechtigungen im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Einführung der Mangelfachregelung im Jahr 2010 bzw. deren Änderung im Jahr 2015 konnte der RH – aufgrund der jährlichen Schwankungen und mangels eines konstant höheren Niveaus nach etwa sechs Jahren Ausbildungszeit – nicht erkennen. Auch angesichts der zwischen 2017 bis 2021 um 31 % gestiegenen, aber danach stagnierenden Anzahl der auszubildenden Ärztinnen und Ärzte pflichtete der RH dem Gesundheitsministerium bei, dass ein Mehrbedarf an psychiatrischer Versorgung alleine durch die Lockerung des Ausbildungsschlüssels derzeit nicht gedeckt werden konnte. Er verwies auf seine Kritik in TZ 6, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2017 nicht alle wesentlichen Handlungsfelder abdeckte, die das Gesundheitsministerium zuvor in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifiziert hatte.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, neben der Mangelfachregelung verstärkt auch die anderen, in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifizierten Handlungsfelder zu bearbeiten, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und eine adäquate Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten. Insbesondere wäre dabei

- im Sinne einer multiprofessionellen Versorgung auf eine verbesserte Abstimmung zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen versorgungsrelevanten Gesundheitsberufen wie Psychotherapie und klinische Psychologie, Sozial- und Ergotherapie zu achten,
- eine kinder- und jugendpsychiatrische Spezialisierung für andere Sonderfächer wie Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu prüfen sowie
- auf eine Ausweitung der Präventionsangebote – u.a. in Schulen – hinzuwirken.

7.3 (1) (a) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Empfehlung, das Kriterium für die Anwendung der Mangelfachregelung zu konkretisieren, zur Kenntnis nehme. Nach Einschätzung der zuständigen Fachsektion werde die allfällig notwendige legislative Anpassung im Ärztegesetz 1998 bzw. der Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 betrieben.

(b) Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 zum operativen Ziel 5 (Verfügbarkeit und Einsatz des für die qualitätsvolle Versorgung erforderlichen Gesundheitspersonals gewährleisten) sehe Folgendes vor:

- Als Maßnahme 2 (bis Ende 2025) die Erstellung einer Ist-Analyse, die Anpassung der Datengrundlagen (z.B. Krankenanstalten-Statistik) sowie den anschließenden Auf- und Ausbau eines Monitorings (inklusive Ausbildungsstellen) nach Priorisierung, für welche ärztlichen Sonderfächer bzw. Gesundheitsberufe sowie in welcher regionalen Auflösung das Monitoring und die Bedarfsplanung durchzuführen seien, und

- als Maßnahme 3 (bis Ende 2026) die Erstellung von Prognosen zum Personalbedarf auf Basis der Monitoring-Daten; diese Prognosen sollten als Grundlagen für weitere Maßnahmen dienen, u.a. zur erforderlichen Dimensionierung im Bereich Studien- und Ausbildungsplätze unter Berücksichtigung relevanter Rahmenbedingungen. Dabei seien die Wechselwirkungen zwischen den Gesundheitsberufen und auch zwischen den Ländern und Sektoren (Gesundheit und Soziales) zu berücksichtigen.

(c) Das Gesundheitsministerium befürworte die Empfehlung, verstärkt auch die anderen in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifizierten Handlungsfelder zu bearbeiten. Diese Empfehlung könne zur Abstimmung aller versorgungsrelevanten Gesundheitsberufe zur Sicherstellung einer multiprofessionellen Versorgung im Rahmen des operativen Ziels 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 unterstützt werden. Dem Gesundheitsministerium sei es ein großes Anliegen, die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und eine adäquate Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher sicherzustellen. Daher sei es bestrebt, im Rahmen seiner Möglichkeit die in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifizierten Handlungsfelder gemeinsam mit den relevanten Stakeholdern zu bearbeiten. Mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialisierung für andere Sonderfächer werde es die Österreichische Ärztekammer befassen, da diese die Verordnung über Spezialisierungen im übertragenen Wirkungsbereich erlasse.

(2) Der Dachverband teilte in seiner Stellungnahme mit, dass die Arbeiten am bundesweiten Prognosetool zum Ärztebedarf im Rahmen der Kommission für die ärztliche Ausbildung weiter vorangetrieben würden. Dabei sei der gesamte sektorenübergreifende Bedarf festzulegen. Daraus könne in der Folge der zukünftige Ärztebedarf abgeleitet werden.

(3) Die Gesundheit Österreich GmbH führte in ihrer Stellungnahme aus, dass sie die Arbeiten am bundesweiten Monitoring- und Prognosetool zum Ärztebedarf in Abstimmung mit der Kommission für die ärztliche Ausbildung vorantreibe, sodass die Grundlagen für das geplante Ärzte-Monitoring für den intra- und extramuralen Bereich bereits weit fortgeschritten seien. Dabei werde auch eine klare Differenzierung nach besetzbaren und besetzten ärztlichen Planstellen angestrebt.

Die Gesundheit Österreich GmbH befürwortete die Empfehlung zur verstärkten Bearbeitung der anderen, in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie identifizierten Handlungsfelder. Die Empfehlung zur Abstimmung aller versorgungsrelevanten Gesundheitsberufe zur Sicherstellung einer multiprofessionellen Versorgung im Rahmen des operativen Ziels 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 könnte umgesetzt werden.

Versorgungsplanung für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zentrale Instrumente der Versorgungsplanung

- 8.1 (1) Der ÖSG und die RSG der Länder waren die zentralen Instrumente der Versorgungsplanung in Österreich.⁵⁴ Den ÖSG beschlossen ab 2005 der Bund, die Länder und die Sozialversicherung in der Bundesgesundheitskommission bzw. ab 2017 in der Bundes-Zielsteuerungskommission. Der ÖSG umfasste laut Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens⁵⁵ (in der Folge: **Reformvereinbarung**) verbindliche Vorgaben für die RSG, u.a. im Hinblick auf den ambulanten, den akutstationären und den tagesklinischen Bereich.⁵⁶ Er legte zudem Kriterien für die Gewährleistung der bundesweit einheitlichen Versorgungsqualität fest.⁵⁷ Die RSG hatten den Vorgaben des jeweils gültigen ÖSG im Hinblick auf Inhalte, Planungshorizonte und Planungsrichtwerte – etwa Bettenmessziffer oder Versorgungsdichte (**TZ 9**) – zu entsprechen und waren ebenso wie dieser regelmäßig zu revidieren und weiterzuentwickeln.⁵⁸ Die Planungshorizonte waren bundesweit einheitlich in Fünf-Jahres-Schritten zu wählen (2020, 2025, 2030 etc.).

Die RSG der Länder mit Planungshorizont 2025 waren zum Teil bereits finalisiert oder beschlossen, als die Bundes-Zielsteuerungskommission eine aktualisierte Fassung des ÖSG 2017 mit den Planungsrichtwerten für 2025 im Dezember 2020 beschloss. Für den Planungshorizont 2030 legte die Bundes-Zielsteuerungskommission die Planungsrichtwerte im ÖSG 2023 mit Beschluss Ende Dezember 2023 fest – und somit zwei Jahre vor Erreichen des vorhergehenden Planungshorizonts 2025.

(2) Die RSG waren grundsätzlich zwischen dem Land und der Sozialversicherung festzulegen. Der Bund war darüber bereits im Entwurfsstadium zu informieren und es war vor Beschluss insbesondere die Rechts- und ÖSG-Konformität mit ihm abzustimmen.⁵⁹ Dennoch legten einzelne Länder in ihren RSG 2025 Planwerte fest, die unter den ÖSG-Planungsrichtwerten lagen. Das Gesundheitsministerium erklärte, dass die Länder Abweichungen der RSG vom ÖSG meist mit Verweis auf die schwierige Personalsituation im betroffenen Versorgungsbereich begründeten. Im Rahmen der Prüfung der RSG habe das Gesundheitsministerium gegenüber den Ländern

⁵⁴ siehe dazu Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz, BGBl. I 26/2017 i.d.g.F.

⁵⁵ Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens, BGBl. I 98/2017 i.d.F. BGBl. I 198/2022

⁵⁶ Art. 5 Abs. 2 der Reformvereinbarung. Schon deren vorhergehende Versionen sahen den ÖSG als „verbindliche Grundlage für die integrierte Planung“ und „Rahmenplanung“ für die Versorgungsplanung auf regionaler Ebene (im RSG).

⁵⁷ Art. 5 Abs. 2 in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 Reformvereinbarung

⁵⁸ Art. 5 Abs. 7 Reformvereinbarung

⁵⁹ Art. 21 Abs. 7 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz

durchwegs und teilweise schriftlich auf geplante Unterschreitungen der ÖSG-Planungsrichtwerte hingewiesen. Aus den Textteilen der RSG sei in den meisten Fällen keine Erklärung der Abweichung erkennbar.

Schriftliche Stellungnahmen zu den RSG oder eine Dokumentation über die Begründung der Länder für Abweichungen der Planwerte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in den RSG von den Planungsrichtwerten des ÖSG legte das Gesundheitsministerium nicht vor. Im überprüften Zeitraum erhob das Gesundheitsministerium bei Beschlüssen von RSG durch die Landes-Zielsteuerungskommissionen trotz Abweichungen von den Planungsrichtwerten des ÖSG kein Veto⁶⁰.

- 8.2 (1) Der RH hielt fest, dass eine Ab- bzw. Übereinstimmung des ÖSG und der RSG als die zentralen Instrumente der Versorgungsplanung Gesundheit erforderlich war, um die von den Zielsteuerungspartnern angestrebte bedarfsgerechte Versorgung in bundesweit einheitlicher Qualität gewährleisten zu können. Vor diesem Hintergrund hielt er kritisch fest, dass die Bundes-Zielsteuerungskommission die Aktualisierung der Planungsrichtwerte des ÖSG 2017 auf den Planungshorizont 2025 erst im Dezember 2020 beschloss. Damit standen den Ländern für eine zeitgerechte Ausarbeitung und Aktualisierung ihrer RSG 2025 keine ÖSG-Planungsrichtwerte für 2025 zur Verfügung. Er hob hervor, dass der ÖSG 2023 bereits ab Ende 2023 die Planungsrichtwerte für 2030 enthielt.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, sich im Rahmen der Zielsteuerung dafür einzusetzen, die vorgesehene Abstimmung der Planungsinstrumente ÖSG und RSG zu gewährleisten. Dies insbesondere durch zeitgerechte Aktualisierung und Verfügbarkeit der ÖSG-Planungsrichtwerte für den nächsten Planungshorizont.

(2) Der RH hielt kritisch fest, dass einzelne Länder in ihren RSG 2025 Planwerte unter den ÖSG-Planungsrichtwerten festlegten, ohne dies in den Textteilen zu begründen. Er kritisierte, dass den Zielsteuerungspartnern die Übereinstimmung der Planwerte in den RSG mit den ÖSG-Planungsrichtwerten nicht gelang, wodurch die von ihnen angestrebte bedarfsgerechte Versorgung in bundesweit einheitlicher Qualität für ein Sonderfach wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht gewährleistet war.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, gemeinsam mit den Ländern auf die Übereinstimmung der Planwerte in den RSG mit den Vorgaben des ÖSG (ÖSG-Planungsrichtwerte) bzw. auf nachvollziehbare Begründungen

⁶⁰ Art. 28 Abs. 2 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz sah ein Vetorecht bei Verstößen gegen „geltendes Recht, die geltenden Vereinbarungen gemäß Art. 15a B-VG, den Bundes-Zielsteuerungsvertrag oder gegen Beschlüsse der Organe der Bundesgesundheitsagentur“ vor. Die Konformität der RSG mit dem ÖSG war sowohl im Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz selbst als auch in der Reformvereinbarung festgelegt; zudem wird der ÖSG von der Bundes-Zielsteuerungskommission beschlossen, einem Organ der Bundesgesundheitsagentur (§ 25 Abs. 1 Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz).

der Abweichungen in Ausnahmefällen in den Textteilen der RSG hinzuwirken. Das Gesundheitsministerium sollte bei Bedarf die hierfür vorgesehenen Instrumente (u.a. Stellungnahme oder Vetoerklärung) nutzen und dies bei Abweichungen der RSG von den ÖSG-Planungsrichtwerten begründen und dokumentieren.

- 8.3 (1) Das Gesundheitsministerium sagte in seiner Stellungnahme zu, sich – wie bereits in der Vergangenheit – im Rahmen seiner Möglichkeiten dafür einzusetzen, die Abstimmung der Planungsinstrumente ÖSG und RSG zu gewährleisten. Es werde auch weiterhin auf nachvollziehbare Begründungen für Abweichungen in Ausnahmefällen hinwirken und die dafür zweckmäßigen Mittel einsetzen. Dabei strebe es gemäß der Intention der partnerschaftlichen Zielsteuerung-Gesundheit einvernehmliche Lösungen an. Auch die Umsetzungsergebnisse des operativen Ziels 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 sollten im ÖSG erkennbar sein.

- (2) Die Gesundheit Österreich GmbH führte in ihrer Stellungnahme aus, dass es bereits Vorbereitungen gebe, um im Jahr 2027 die Planungsrichtwerte für den Planungshorizont 2035 im ÖSG abzubilden.

Für die zur Zeit der Stellungnahme erarbeiteten RSG 2030 sei das Erfordernis, darin entsprechende Begründungen bei Abweichungen von den ÖSG-Planungsrichtwerten aufzunehmen, bereits in den zuständigen Gremien der Zielsteuerung-Gesundheit thematisiert worden. Solche Begründungen würden auch im Rahmen der Stellungnahmen des Gesundheitsministeriums zu den RSG-Entwürfen geprüft bzw. eingefordert werden.

Planungsrichtwerte und -kriterien für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 9.1 (1) Ein zentraler Planungsrichtwert für den intramuralen Bereich war die Bettenmessziffer, die den Bedarf an Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Wohnbevölkerung⁶¹ für stationäre Aufenthalte⁶² definierte. Der ÖSG 2006 legte für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Planungshorizont 2010 für die Bettenmessziffer ein Soll-Intervall von 0,06 bis 0,10 Betten fest, was bezogen auf den Mittelwert einer Bandbreite von +/-25 % entsprach. Die große Bandbreite sollte den Ländern Spielraum für die Detailplanung geben und ermöglichen, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Dieses Soll-Intervall wurde mit dem ÖSG 2010

⁶¹ Die im ÖSG angeführte, der Berechnung für das jeweilige Jahr zugrunde gelegte Bevölkerungszahl entsprach dem von der Statistik Austria ausgegebenen Wert der Bevölkerung zu Jahresanfang.

⁶² Seit 2020 hieß dieser Wert „Bettenmessziffer – vollstationär“ und drückte damit aus, dass er nur akutstationäre Aufenthalte mit mindestens einem Belagstag erfasste und keine Kapazitäten zur tagesklinischen Behandlung als Teilbereich der akutstationären Versorgung mehr mitberücksichtigte.

(Stand 2010, Planungshorizont 2020) auf 0,08 bis 0,13 Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner erhöht.

Ab 2019 zielte eine Änderung im Krankenanstalten-Finanzierungsmodell darauf ab, vormals stationäre Leistungen vermehrt im spitalsambulanten Bereich zu erbringen.⁶³ Diese geplante Verlagerung wirkte sich auch auf die Planungsrichtwerte des ÖSG aus und führte in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab 2020 mit Planungshorizont 2025 zu einer Herabsetzung des Soll-Intervalls für die Bettenmessziffer auf 0,05 bis 0,09 Betten je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Seit 2020 enthielt der ÖSG auch einen Planungsrichtwert für die Anzahl der Tagesklinikplätze und ambulanten Betreuungsplätze⁶⁴. Diese Platzmessziffer betrug 0,04 Plätze je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Für den gesamten intramuralen Kapazitätsbedarf legte der ÖSG mit der Kapazitätsmessziffer einen Planungsrichtwert⁶⁵ von insgesamt 0,11 Betten, Tagesklinikplätzen und ambulanten Betreuungsplätzen je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner fest.

Neben der Bettenmessziffer legte der ÖSG für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie weitere Planungsrichtwerte⁶⁶ fest; so sollte je 350.000 Einwohnerinnen und Einwohner eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingerichtet werden. Dies wich von den Empfehlungen der in die Planung 2004 einbezogenen Expertinnen und Experten ab, die mindestens eine Abteilung pro Land für erforderlich hielten (TZ 5). Auch die Expertengruppe für die Versorgungsplanung im Rahmen des ÖSG wies 2019 darauf hin, dass dieser Richtwert nachteilig sei, da dadurch im Burgenland keine Abteilung bestehen müsse, und schlug eine Änderung vor. Das ÖSG-Monitoring wies darauf hin, dass Krankenanstalten in Niederösterreich und in der Steiermark die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung für das Burgenland wahrnahmen. Der ÖSG enthielt keine Vorgaben, wonach eine solche länderübergreifende Versorgung in den RSG auszuweisen war. Weder der RSG Burgenland noch die RSG der benachbarten Länder Niederösterreich und Steiermark machten die Mitversorgung burgenländischer Gastpatientinnen und -patienten im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie transparent. Eine Beurteilung, ob die in den RSG vorgesehenen stationären Kapazitäten nach den Vorgaben des ÖSG ausreichend waren, war daher nicht möglich.

⁶³ Die Einführung des neuen spitalsambulanten Modells in der leistungsorientierten Krankenanstalten-Finanzierung (LKF-Modell) erfolgte in manchen Ländern ab 2017 und ab 2019 verbindlich bundesweit und sollte zu einer vermehrten Zuordnung der Leistungserbringung aus dem vormals stationären in den spitalsambulanten Bereich führen. Dies umfasste etwa „Sonstige Nulltagesaufenthalte“ oder tagesklinische Leistungen.

⁶⁴ Anzahl der Tagesklinikplätze und ambulanten Betreuungsplätze in vom Landesgesundheitsfonds finanzierten Krankenanstalten, Unfallkrankenhäusern und Sanatorien

⁶⁵ Die Kapazitätsmessziffer war nur für wenige ÖSG-Bereiche – darunter für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie – als Planungsrichtwert zu verstehen, für alle anderen als Orientierungswert.

⁶⁶ wie auch die Erreichbarkeitsfrist von 60 Minuten für die jeweils nächstgelegene Abteilung, die für 90 % der Wohnbevölkerung jedes Landes zu erfüllen war

(2) Für die ambulante Versorgung sah der ÖSG verschiedene Planungsrichtwerte⁶⁷ vor. Dazu zählte etwa die Versorgungsdichte, definiert als Anzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner der Wohnbevölkerung. Die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung definierten die ärztliche ambulante Versorgungseinheit als bundesweit einheitliche Messgröße⁶⁸ basierend auf der Inanspruchnahme einer durchschnittlich arbeitenden Ärztin bzw. eines durchschnittlich arbeitenden Arztes im extramuralen Bereich in Österreich.

Der ÖSG legte zu den Planungshorizonten jeweils ein Soll-Intervall für die Versorgungsdichte fest. Durch eine Bandbreite von +/-30 % um den Mittelwert sollten regionale Besonderheiten bei der Planung berücksichtigt werden können. Für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie legte der ÖSG 2017 erstmals mit Planungshorizont 2020 ein Soll-Intervall für die Versorgungsdichte von 0,6 bis 1,2 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner fest. Dieses Soll-Intervall blieb bei der Aktualisierung der Planungsrichtwerte für den Planungshorizont 2025 unverändert. Ab 2023 stiegen die ÖSG-Planungsrichtwerte mit dem Planungshorizont 2030 für das Soll-Intervall für die Versorgungsdichte auf 0,8 bis 1,4 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

(3) Der ÖSG bezog sich an unterschiedlichen Stellen auf multiprofessionelle Angebote und die Verwirklichung der ambulanten Versorgung „vorrangig in multiprofessionellen niederschweligen Versorgungsangeboten“, enthielt aber keine Planungsrichtwerte im ambulanten Bereich für die Planung einer differenzierten Angebotsstruktur. Die vorgegebenen Intervallwerte der für den ambulanten Bereich maßgeblichen Versorgungsdichte differenzierten nicht zwischen unterschiedlichen Angebotsarten im extramuralen Bereich (etwa Ambulatorium, Gruppen- oder Einzelpraxis) und inkludierten die Spitalsambulanzen. Der ÖSG 2023 merkte dazu an, dass zwischen der Leistungserbringung im spitalsambulanten Bereich und dem extramuralen Bereich eine grundsätzliche Heterogenität bestehe. Daher seien die für den spitalsambulanten Bereich ausgewiesenen ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten nur eingeschränkt aussagekräftig, was bei der Interpretation der Planungsrichtwerte im Rahmen von regionalen Detailplanungen zu berücksichtigen sei. Anhand der in den ÖSG ab 2017 dargestellten Ist-Daten zeigte sich, dass im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten großteils auf die Spitalsambulanzen entfielen.

⁶⁷ Erreichbarkeit in Minuten, Versorgungsdichte sowie einen Wert der Mindestbevölkerungszahl, um die medizinische und wirtschaftliche Tragbarkeit pro Versorgungseinheit zu gewährleisten

⁶⁸ Die Daten basierten auf Regiomed, einer Datenbank des Dachverbands zur Sammlung und Aufbereitung aller Informationen zur Versorgungswirksamkeit im extramuralen Bereich als Basis für die Versorgungsplanung.

- 9.2 Der RH hielt fest, dass der ÖSG für die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie keine Planungsvorgabe enthielt, je Land eine Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzurichten bzw. eine vorgesehene Mitversorgung durch andere Länder in den jeweiligen RSG transparent auszuweisen. Er kritisierte, dass es anhand der ÖSG-Planungsrichtwerte und -grundlagen nicht möglich war, zu beurteilen, ob die in der regionalen Planung für jedes Land vorgesehenen stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten nach den Vorgaben des ÖSG ausreichend waren, um die angestrebte Versorgungsqualität bundesweit zu gewährleisten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, sich im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern für die Verankerung von Planungsrichtwerten und -grundlagen im ÖSG einzusetzen, die bundesweit eine vergleichbare stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sicherstellen.

Der RH kritisierte, dass der ÖSG anstelle einer konkreten regionalen Differenzierung allgemein hohe Bandbreiten von +/-25 % (Bettenmessziffer) bzw. +/-30 % (ambulante Versorgungsdichte) bei den Planungsrichtwerten vorsah. Seiner Ansicht nach erschwerte dies – insbesondere in einem Mangelfach wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie – eine bedarfsorientierte Angebotsplanung und barg das Risiko vor allem einer Unterversorgung in einzelnen Regionen. Darüber hinaus war es nach Ansicht des RH schwierig,

- anhand der ambulanten Versorgungsdichte – ein Gesamtwert für die in Spitalsambulanzen, Ambulatorien, Gruppen- und Einzelpraxen tätigen Ärztinnen und Ärzte – beim Auf- und Ausbau der Versorgung zu differenzieren und
- wie angestrebt einen Schwerpunkt bei multiprofessionellen Angeboten zu setzen.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, sich gemeinsam mit den Ländern im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vor allem im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie für niedrigere Bandbreiten bei den Soll-Intervallen der Planungsrichtwerte einzusetzen, um dem Risiko regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken. Darüber hinaus wäre in den ambulanten Planungsrichtwerten eine Differenzierung nach Angebotsart zu prüfen, um sicherzustellen, dass Schwerpunkte der Planung – wie etwa der Ausbau multiprofessioneller Einrichtungen – bundesweit umgesetzt werden.

- 9.3 (1) Das Gesundheitsministerium begrüßte in seiner Stellungnahme die Empfehlungen und sagte zu, diese in die zuständigen Gremien der Zielsteuerung einzubringen. Auch die Umsetzungsergebnisse des operativen Ziels 6 des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 sollten im ÖSG erkennbar sein.

(2) Laut Stellungnahme des Dachverbands berge die Einschränkung der Bandbreiten die Gefahr, dass lokale und regionale Spezifika, die im Rahmen einer umfassenden Bedarfsschätzung und Angebotsplanung auf regionaler Ebene jedenfalls zu berücksichtigen seien, nicht mehr ausreichend berücksichtigt werden könnten (z.B. Pendeln im Rahmen des Schulbesuchs). So könnte es zu einer Fehlversorgung ohne substantiellen Mehrwert für die Versicherten kommen.

(3) Die Gesundheit Österreich GmbH führte in ihrer Stellungnahme aus, dass die Festlegung von Planungsrichtwerten im ÖSG der bundesweit möglichst einheitlichen und vergleichbaren Umsetzung von Versorgungsangeboten, auch im stationären Bereich, diene. Die aktuellen ÖSG-Planungsrichtwerte zur Kinder- und Jugendpsychiatrie im akutstationären Bereich seien trotz der – auch durch Personal-mangel verursachten – Unterauslastung der bestehenden Bettenkapazitäten unverändert hoch geblieben, um den erwarteten vermehrten psychiatrischen Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen bis 2030 abdecken zu können.

Die gewählten Bandbreiten von 25 % bzw. 30 % hätten die Zielsteuerungspartner festgelegt. Sie ergäben sich – insbesondere für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie – aus sehr heterogenen Ausgangslagen in den Ländern. Dazu würden entsprechend den regionalen Anforderungen u.a. folgende Kriterien zählen: die Anteile ländlicher und städtischer Versorgungsbereiche mit unterschiedlichen demografischen und sozioökonomischen Gesellschafts- und Familienstrukturen, die Verfügbarkeit komplementärer Versorgungsangebote und das Ausmaß von einsetzbarem Gesundheitspersonal zur Deckung des Versorgungsbedarfs. Eine Reduktion der zur Zeit der Gebärungsüberprüfung definierten Bandbreiten sei bei erkennbarer konvergierender Entwicklung dieser Voraussetzungen zu prüfen.

- 9.4 Der RH entgegnete dem Dachverband und der Gesundheit Österreich GmbH, dass die von ihm empfohlene Differenzierung bei den Bandbreiten darauf abzielte, die unterschiedlichen regionalen Ausgangslagen und Besonderheiten bei der Bedarfsschätzung und Angebotsplanung zu berücksichtigen. Er verblieb daher bei seiner Ansicht, dass die hohen Bandbreiten der Planungsrichtwerte für den Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ein Risiko für eine bedarfsorientierte Angebotsplanung und für eine regionale Unterversorgung darstellten. Dies mit der Folge, dass sich nicht nur jene Regionen am unteren Ende der Bandbreite orientieren konnten, in denen dies aufgrund der jeweiligen Bedarfslage zutraf. Aus Sicht des RH war es daher erforderlich, differenziert vorzugehen und vorzugeben, auf Basis welcher regionalen Besonderheiten (etwa die Kriterien, die die Gesundheit Österreich GmbH beispielhaft genannt hatte) ausnahmsweise von den Planungsrichtwerten abgewichen werden könnte. Auf die Notwendigkeit einer solchen Vorgehensweise deutete auch der Ist-Stand der Ärztedichte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2018 hin, der nur in acht von 32 Versorgungsregionen innerhalb der vorgesehenen Bandbreite lag, wie der RH in seinem Bericht „Ärztliche Versorgung im nieder-

gelassenen Bereich (Reihe Bund 2021/30, TZ 11, Tabelle 10) ausgeführt hatte. Er hielt daher an seiner Empfehlung fest.

Planungsmethode und Planungsprozess

- 10.1 (1) Eine Bedarfsschätzung und Angebotsplanung waren für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund verschiedener Faktoren schwierig. Es fehlten verlässliche Informationen und Daten zur Häufigkeit, Art und Altersverteilung der Erkrankungen sowie zur Relevanz und Wechselwirkung verschiedener Bereiche – neben dem Gesundheitsbereich etwa auch der Bildungs- und der Sozialbereich. Laut der Gesundheit Österreich GmbH verfolgte sie bei der Entwicklung, Wartung und Weiterentwicklung des ÖSG für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie daher eine an das Konzept der iterativen Planung angelehnte Vorgehensweise. Dabei sollte ein stärkerer Fokus auf die regelmäßige Einbindung von Expertinnen und Experten sowie die genaue Beobachtung relevanter Indikatoren in überschaubaren zeitlichen Abständen gelegt werden, um die Planung gegebenenfalls anpassen zu können. Ziel der Versorgungsplanung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie war eine bedarfsgerechte Planung mit realisierbaren Planungsrichtwerten zum jeweiligen Planungshorizont.

(2) Bis 2019 lud daher die Gesundheit Österreich GmbH im Rahmen der regelmäßigen Wartung und Weiterentwicklung des ÖSG eine Expertengruppe des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie zur fachlichen Beratung der Versorgungsplanung ein. Dieser Expertengruppe gehörten Vertreterinnen und Vertreter der Länder, der Sozialversicherung, der ÖGKJP, der entsprechenden Bundesfachgruppe der Österreichischen Ärztekammer und von Berufsverbänden weiterer Gesundheits- und Sozialberufe an. Die Gesundheit Österreich GmbH berief die Expertengruppe seit November 2019 nicht mehr ein und bestellte sie nach 2021 nicht mehr. Für den ÖSG 2023 lagen daher keine aktuellen Empfehlungen für die Festlegung bedarfsgerechter und realisierbarer Planungsrichtwerte vor.

Die Gesundheit Österreich GmbH erstellte unter Einbeziehung dieser fachlichen Beratung Planungsrichtwerte und Planungsinstrumente, die sie in weiterer Folge den Arbeitsgremien im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit vorlegte. Die Arbeitsgremien prüften, bewerteten, stimmten ab und passten die Planungsrichtwerte und Planungsinstrumente gegebenenfalls an⁶⁹, bevor die Bundes-Zielsteuerungskommission diese beschloss und in den ÖSG übernahm.

⁶⁹ Gesundheitsministerium, Methodenhandbuch zum ÖSG 2017 (2020)

(3) In ihrer ersten Sitzung 2009 wies die Expertengruppe darauf hin, dass die in der Versorgungsplanung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie eingesetzte Planungsmethode mehrfach problematisch sei. Es würden dabei etwa Behandlungsnotwendigkeiten, wie die übliche Entlassung der Kinder und Jugendlichen an Wochenenden, nicht berücksichtigt, wodurch die Daten über stationäre Aufenthalte verzerrt würden. So ergebe sich dadurch etwa im Durchschnitt eine niedrigere Auslastung, obwohl während der Woche teilweise eine Vollausslastung vorliege.

Weiters kritisierte die Expertengruppe, dass

- eine unzureichende Struktur, wie sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bestehe, als Ausgangsbasis für die Prognose nicht geeignet sei,
- in die Ist-Darstellung als Planungsgrundlage für die Versorgung keine epidemiologischen Daten eingeflossen seien,
- psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche mangels ausreichender Versorgungsstruktur durch andere Angebote wie die Jugendwohlfahrt (nunmehr Kinder- und Jugendhilfe) betreut würden, bei einem Ausbau aber neue Angebote innerhalb kürzester Zeit ausgelastet seien und
- der zusätzliche Druck auf die stationäre Versorgung durch die unzureichende außerstationäre Versorgung zu berücksichtigen sei.

Eine seriöse Prognose für 2015 hielt die Expertengruppe auf Basis der im Jahr 2009 vorhandenen Daten nicht für möglich. Mangels Daten beschloss die Gesundheit Österreich GmbH daher in Übereinstimmung mit der Expertengruppe, die Daten des Landes mit der damals am weitesten ausgebauten stationären Versorgung als Basis für die Schätzung der zukünftigen Entwicklung der stationären Aufenthalte heranzuziehen. Im ambulanten Bereich orientierten sich die ab 2017 enthaltenen Planungsrichtwerte im ÖSG für das Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie abweichend von der Planungsmethode für andere Sonderfächer an der Bedarfsplanungsrichtlinie für Deutschland.⁷⁰

- 10.2 Der RH erachtete den gewählten iterativen Planungsprozess grundsätzlich als geeignet, um mit den bestehenden methodischen Schwierigkeiten der Bedarfsschätzung und Angebotsplanung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie umzugehen. Er kritisierte jedoch, dass es dem Gesundheitsministerium nicht gelang, einige bereits zu Beginn der Planung im Jahr 2009 identifizierte Herausforderungen (wie das Fehlen aktueller epidemiologischer Daten oder auch das Verständnis über das Zusammenspiel zwischen verschiedenen Bereichen) innerhalb der nachfolgenden 15 Jahre zu bewältigen.

⁷⁰ Dies wies der ÖSG 2017 durch eine entsprechende Fußnote aus. Auch im Methodenband zum ÖSG 2017 des Gesundheitsministeriums fand sich eine entsprechende Erörterung.

Der RH wiederholte daher seine Empfehlung an das Gesundheitsministerium und den Dachverband, gemeinsam mit den Ländern sicherzustellen, dass die für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen in Österreich verfügbar sind (TZ 2).

Der RH hielt kritisch fest, dass die Expertengruppe für die Versorgungsplanung der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen des ÖSG seit 2019 nicht mehr einberufen und seit 2021 nicht mehr bestellt wurde. Damit lagen für den ÖSG 2023 keine aktuellen Empfehlungen für die Festlegung bedarfsgerechter und realisierbarer Planungsrichtwerte vor.

Der RH empfahl der Gesundheit Österreich GmbH, die regelmäßige Experteneinbindung und Analyse der Entwicklung der Versorgungsangebote im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand relevanter Indikatoren zielgerichtet weiterzuverfolgen. Dazu wäre insbesondere die Expertengruppe für die Versorgungsplanung wieder zu bestellen.

- 10.3 (1) Das Gesundheitsministerium, der Dachverband und die Gesundheit Österreich GmbH verwiesen auf ihre Stellungnahmen zu TZ 2, worin sie die Notwendigkeit von Daten zur Unterstützung der Planung einer bedarfsgerechten Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen betonten. Mit Einführung der Diagnosecodierung auch im gesamten ambulanten Bereich stünden in Zukunft deutlich mehr Daten zur Inanspruchnahme psychischer und psychiatrischer Versorgungsangebote zur Verfügung.
- (2) Die Empfehlung zur regelmäßigen Experteneinbindung und Analyse der Entwicklung der Versorgungsangebote im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie nahm das Gesundheitsministerium in seiner Stellungnahme zur Kenntnis.
- (3) Die Gesundheit Österreich GmbH führte in ihrer Stellungnahme weiters aus, dass die ÖSG-Expertengruppen zu den psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachbereichen für das Frühjahr 2025 bereits einberufen und dafür bereits je zwei Termine fixiert worden seien.

Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Studien zur Versorgungslage

- 11.1 (1) Laut der MHAT-Studie (TZ 2) der Universität Wien waren 2014 weniger als die Hälfte der psychisch erkrankten Kinder und Jugendlichen in Behandlung; 18 % der nicht behandelten Betroffenen hätten sich eine solche gewünscht.

Nach Expertenmeinung lag dies nur zum Teil am mangelnden Bewusstsein für bzw. am fehlenden Wissen über die Erkrankungen oder an der Angst vor Stigmatisierung. Vielmehr seien entsprechende diagnostische und therapeutische Angebote nach der Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie zu wenig intensiv und zu spät entwickelt worden und daher nicht ausreichend verfügbar.⁷¹ Die ÖGKJP zeigte wiederholt auf, dass selbst jene Kinder und Jugendlichen, die Hilfe gesucht hätten, nicht adäquat oder nicht immer zeitnah versorgt worden seien und sie ihre Motivation, Hilfe zu suchen, in der Folge oft aufgaben.

(2) Der Hinweis auf eine unzureichende Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war verschiedenen Quellen zu entnehmen. Das Austrian Institute for Health Technology Assessment⁷² zeigte in seinem Bericht aus dem Jahr 2022 deutliche Versorgungslücken, Kapazitätsengpässe und regionale Ungleichheiten beim Leistungsangebot sowie eine mangelhafte sektorenübergreifende Koordination auf.⁷³ Auch die Volksanwaltschaft äußerte sich in ihren Berichten mehrfach über die unzureichende Versorgungslage in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie⁷⁴.

Auch der Gesundheitsminister ging in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung vom März 2023 von einem nach wie vor sehr hohen unerfüllten Versorgungsbedarf aus und berief sich dabei auf die Gesundheit Österreich GmbH. Diese wies in Berichten im Rahmen des ÖSG-Monitorings (TZ 12) regelmäßig darauf hin, dass bundesweit weder im extramuralen noch im intramuralen Bereich eine ausreichende Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben sei.

⁷¹ siehe u.a. *Koubek/Krönke/Karwautz*, Die aktuelle Situation der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Österreich im niedergelassenen Bereich. *Neuropsychiatrie* 36, 160–164 (2022); <https://doi.org/10.1007/s40211-022-00437-w> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁷² Die HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH war im Eigentum des Dachverbands (42 %), des Gesundheitsministeriums (16 %) und der neun Länder (jeweils rd. 4,67 %).

⁷³ *Jeindl/Hofer*, Child and adolescent mental health care models. A scoping review. AIHTA Project Report No.: 149, 2022. Vienna: HTA Austria – Austrian Institute for Health Technology Assessment GmbH; <https://eprints.aihta.at/1418/> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁷⁴ https://volksanwaltschaft.gv.at/downloads/7ov1d/PB-46-Pr%C3%A4ventiv_2022_bf.pdf (abgerufen am 28. Mai 2025)

11.2 Der RH verwies darauf, dass

- nach Daten der WHO weltweit bereits vor der COVID-19-Pandemie bis zu 20 % der Kinder und Jugendlichen an einer psychischen Erkrankung litten und sich dieser Anteil nach Daten für Deutschland im Zuge der COVID-19-Pandemie auf 30 % erhöht hatte (TZ 2),
- im Hinblick auf die mitunter schwerwiegenden persönlichen und volkswirtschaftlichen Folgen dieser Erkrankungen (TZ 3) sich Bund, Sozialversicherung und auch die Länder im Rahmen der Zielsteuerung seit der Einführung des Sonderfachs im Jahr 2007 mehrfach dazu bekannten, die Versorgung für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche bedarfsgerecht auszubauen (TZ 6).

Er hielt kritisch fest, dass laut der MHAT-Studie der Universität Wien psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, die eine Behandlung suchten, teilweise unversorgt blieben. Die ÖGKJP, das Austrian Institute for Health Technology Assessment sowie die Volksanwaltschaft zeigten eine unzureichende Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie auf; selbst der Gesundheitsminister ging im Jahr 2023 von einem nach wie vor sehr hohen unerfüllten Versorgungsbedarf aus.

Der RH analysierte daher in der Folge,

- wie und anhand welcher Daten die tatsächliche Versorgungslage dargestellt wurde und die Umsetzung der Versorgungsplanung Gesundheit einem Monitoring unterlag (TZ 12 f.);
- auf welche Ziele und Maßnahmen – wie neue Versorgungskonzepte – sich die Zielsteuerungspartner im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 einigten, um die Versorgung auszubauen und den Ressourceneinsatz zu optimieren (TZ 14, TZ 15, TZ 16), und
- mit welchen Maßnahmen zur Förderung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen das Gesundheitsministerium auf den unerfüllten Versorgungsbedarf nach der COVID-19-Pandemie reagierte (TZ 17, TZ 18).

Monitoring der Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

ÖSG-Monitoring und ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung

- 12.1 (1) Der von Bund, Ländern und Sozialversicherung beschlossene ÖSG bildete den bundesweiten Rahmen für die Versorgungsplanung auf Länderebene. Dessen Umsetzung war Gegenstand des ÖSG-Monitorings der Gesundheit Österreich GmbH. Es sollte jährlich einen Überblick darüber geben, wie sich die Versorgungslage bundesweit und in den Ländern im Vergleich zu den Planungsrichtwerten des ÖSG entwickelte. Das ÖSG-Monitoring basierte auf der Planungsgrundlagenmatrix. Diese beschrieb die Versorgungslage auf allen Ebenen – von der einzelnen Versorgungsregion über die Länder bis hin zur Bundesebene – anhand von Indikatoren wie der Bettenmessziffer oder der Versorgungsdichte in Form eines Ist- und eines Soll-Wertes.

Das zur Zeit der Gebarungsüberprüfung aktuell verfügbare Monitoring wies für das Jahr 2022 folgende Kennzahlen zur Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus:

Tabelle 1: Versorgungslage in der Kinder- und Jugendpsychiatrie laut ÖSG-Monitoring (Planungsgrundlagenmatrix für das Jahr 2022, Planungshorizont 2025)

intramuraler Bereich							extramuraler Bereich						
	Betten (ohne Tages- klinik- plätze)	Bettendichte		ambu- lante Betreu- ungs- plätze ¹	Platzdichte		FachärztInnen in		FachärztInnen mit		Summe	Versorgungs- dichte	
							Spitals- ambu- lanzen	Ambula- torien ²	Kassen- vertrag	Wahl- arzt- praxis ⁴			
	Anzahl	Betten je 1.000 Ein- wohnerInnen		Anzahl	Plätze je 1.000 Ein- wohnerInnen		ärztliche ambulante Versorgungseinheiten						
							Anzahl					je 100.000 Ein- wohnerInnen	
	IST	SOLL	IST	IST	SOLL	IST	IST	IST ³	IST	IST	IST	SOLL	IST
Österreich	346	mind. 0,05 (449 Betten bun- des- weit)	0,04	161	mind. 0,04 (359 Plätze bun- des- weit)	0,02	56,8	25,3	37,5	4,0	123,6	mind. 0,6	1,4
Burgen- land	0		0	0		3,0	0	0	3,0				
Kärnten	26		0,05	7		0,01	2,8	3,2	4,0	0,5	10,5		1,9
Nieder- österreich	78		0,05	47		0,03	15,1	0	9,0	0,2	24,3		1,4
Ober- österreich	64		0,04	34		0,02	3,9	0,5	6,2	0,3	10,9		0,7
Salzburg	30		0,05	10		0,02	3,9	0	1,9	0	5,9		1,0
Steier- mark	33		0,03	13		0,01	7,1	0	1,4	0,4	8,9		0,7
Tirol	33		0,04	12		0,02	4,3	0	4,1	0,1	8,5		1,1
Vorarlberg	25		0,06	12		0,03	2,4	0	2,8	0	5,1		1,3
Wien	57		0,03	26		0,01	17,3	18,6	8,1	2,4	46,5		2,4

Rundungsdifferenzen möglich

Quellen: Gesundheitsministerium; Gesundheit Österreich GmbH

¹ ambulante Betreuungsplätze in Spitalsambulanzen inklusive Tagesklinikplätze

² Der RH fasste für die Tabelle die Anzahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten in Kassenambulatorien (im Jahr 2022 Null) und in den vom Österreichischen Strukturplan Gesundheit als „Institute“ bezeichneten selbstständigen, von Privaten geführten Ambulatorien zusammen.

³ Im Burgenland, in Kärnten, Oberösterreich und Wien aktualisierte die Sozialversicherung im Juni 2024 die Zahl der ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten.

⁴ niedergelassene Ärztinnen und Ärzte ohne Kassenvertrag

Im intramuralen Bereich lag die Bettendichte für Österreich laut ÖSG-Monitoring für das Jahr 2022 mit 0,04 unter den im ÖSG 2017 vorgesehenen Zielvorgaben für 2025 von mindestens 0,05 je 1.000 Einwohnerinnen und Einwohner. Damit fehlten bundesweit zumindest 103 Betten. Zudem zeigten die Kennzahlen große Unterschiede je Land. Im Jahr 2022 waren im Burgenland keine intramuralen Kapazitäten

für Kinder- und Jugendpsychiatrie verfügbar.⁷⁵ In vier Ländern⁷⁶ lag die Bettenmessziffer nahe bzw. über dem Mindestwert. Bei dem 2020 neu eingeführten Planungsrichtwert für die Tagesklinikplätze und ambulanten Betreuungsplätze lagen im Jahr 2022 noch alle Länder unterhalb der Mindestvorgabe des ÖSG; bundesweit fehlten damit 2022 bei einem Ist-Stand von 161 noch 198 Tagesklinikplätze und/oder ambulante Betreuungsplätze für den Planungshorizont 2025. Diese Engpässe hatten im intramuralen Bereich etwa mehrmonatige Wartezeiten bzw. Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen in der Erwachsenenpsychiatrie zur Folge.⁷⁷

Im ambulanten Bereich⁷⁸ erreichten die Länder die vom ÖSG 2017 vorgegebene Mindestversorgungsichte für den Planungshorizont 2025 bereits im Jahr 2022, wenngleich es regionale Unterschiede gab. Folgende Länder überschritten die geplante maximale Versorgungsichte von 1,2 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner:

- Kärnten mit einer Versorgungsichte von 1,9 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten,
- Niederösterreich mit einer Versorgungsichte von 1,4 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten,
- Vorarlberg mit einer Versorgungsichte von 1,3 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten und
- Wien mit einer Versorgungsichte von 2,4 ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten.

Die Länder Oberösterreich und Steiermark erreichten jeweils 0,7 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner; sie überschritten damit den Mindestwert von 0,6 geringfügig.

Obwohl die Versorgung im ambulanten Bereich laut ÖSG-Monitoring für das Jahr 2022 ausreichend war oder sogar über den Planungsrichtwerten⁷⁹ lag, gab es

⁷⁵ Die stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung leisteten für das Nordburgenland die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landesklinikums Mödling am Standort Hinterbrühl (Niederösterreich), für das Südburgenland die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Graz II, Standort Süd (Steiermark).

⁷⁶ mit einer Bettenmessziffer in Kärnten und Niederösterreich von je 0,046, in Salzburg von 0,053 und in Vorarlberg von 0,062

⁷⁷ siehe dazu auch den Bericht des Stadtrechnungshofes Wien „Unternehmung Wiener Gesundheitsverbund, Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien, MA 11, MA 24, Fonds Soziales Wien und Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH, Prüfung betreffend die Versorgung von entwicklungsgefährdeten Kindern und Jugendlichen sowie jenen mit psychologischen Problemen, manifesten Entwicklungsstörungen und psychosomatisch und/oder psychiatrisch kranken Kindern und Jugendlichen, Prüfungsersuchen gemäß § 73e Abs. 1 WStV vom 22. Dezember 2021“ (StRH II – 1039468-2022) S. 2

⁷⁸ Die Zielwerte für den ambulanten Bereich umfassten sowohl die Leistungserbringung im extramuralen als auch im spitalsambulanten Bereich.

⁷⁹ Im Jahr 2023 hoben die Zielsteuerungspartner die Mindestversorgungsichte von 0,6 auf 0,8 ärztliche ambulante Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner an.

Berichte über lange Wartezeiten. So sei die durchschnittliche Wartezeit auf einen Behandlungstermin bei niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Wien – laut den Ergebnissen eines Mystery Callings im Zeitraum vom 5. April bis 6. Mai 2024 im Auftrag der Ärztekammer für Wien – bei 90 Tagen gelegen oder es habe ein Aufnahmestopp für neue Patientinnen und Patienten bestanden.

(2) Neben dem ÖSG-Monitoring auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix erstellte die Gesundheit Österreich GmbH auch jährliche ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung. Darin fasste sie zusätzlich Kennzahlen der (akut-)stationären, ambulanten und rehabilitativen psychiatrischen, kinder- und jugendpsychiatrischen, psychosomatischen, psychosozialen, psychotherapeutischen und psychologischen Versorgung zusammen.⁸⁰

Diese ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung wiesen, anders als das ÖSG-Monitoring auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix, nicht nur für den intramuralen, sondern auch für den ambulanten Bereich regelmäßig eine bundesweit unzureichende Versorgung im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. Anders als der ÖSG verwendete die Gesundheit Österreich GmbH dafür die Anzahl der verfügbaren niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach Versorgungsregionen als Kennzahl. Der ÖSG differenzierte nicht nach niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten, Instituten und Spitalsambulanzen, sondern sah mit der Versorgungsdichte – in ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten je 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner – für den gesamten ambulanten Bereich einen einzigen Planungsrichtwert vor (TZ 9).

Die Planungsgrundlagenmatrix enthielt keinen Soll-Wert für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte. Das Gesundheitsministerium ging allerdings von einem Versorgungsmangel aus, wenn in einer Versorgungsregion höchstens eine niedergelassene Fachärztin bzw. ein niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie tätig war. Dazu hielt der ÖSG-Monitoringbericht zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung für das Jahr 2022 fest, dass in neun von 32 Versorgungsregionen keine niedergelassene Vertragsärztin bzw. kein niedergelassener Vertragsarzt tätig war und in 13 Versorgungsregionen nur eine bzw. einer. Unter Einbeziehung der angegebenen Wahlärztinnen und Wahlärzte gab es acht Versorgungsregionen ohne niedergelassene Fachärztin bzw. niedergelassenen Facharzt und vier Versorgungsregionen mit nur einer bzw. einem. Damit war nach Einstufung des Gesundheitsministeriums in mindestens zwölf von 32 Versorgungsregionen von einer mangelhaften ambulanten Versorgung auszugehen.

⁸⁰ Dabei setzte die Gesundheit Österreich GmbH von Jahr zu Jahr unterschiedliche Schwerpunkte, wie stationäre und ambulante psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen (2019), Gerontopsychiatrie (2020) oder außerstationäre psychiatrische Versorgung von Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen (2022).

Die ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung und die hierfür erstellten Kennzahlen-Datensets waren nicht öffentlich. Die Mitglieder der im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit zuständigen Gremien (Arbeitsgruppen) konnten darauf über einen passwortgeschützten Bereich zugreifen. Sie protokollierten aber weder Diskussionen über Feststellungen der Berichte und deren Abweichungen vom ÖSG-Monitoring auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix noch allenfalls erforderliche Maßnahmen zur Umsetzung der Planungsvorgaben oder Handlungsempfehlungen an die Zielsteuerungspartner.

(3) Die österreichweite Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie gab der ÖSG-Monitoringbericht zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung für das Jahr 2022 mit 75 an. Im ÖSG-Monitoring waren auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix vier ärztliche ambulante Versorgungseinheiten ausgewiesen, die der Dachverband anhand der Wahlarztkostenerstattungen durch die Sozialversicherung berechnete. Zur Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie legte der Dachverband dem RH keine Daten vor. Das Gesundheitsministerium merkte zu den Wahlärztinnen und Wahlärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie an, dass eine zuverlässige Aussage über die Anzahl der davon tatsächlich im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Personen sowie über deren Versorgungswirksamkeit bisher nicht möglich war. Die im Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024⁸¹ vorgesehenen Änderungen für Wahlärztinnen und Wahlärzte bei der Kostenrückerstattung, Diagnosen- und Leistungserfassung und bei der Verwendung der eCard könnten laut Gesundheitsministerium künftig zu einer Verbesserung der Datenlage führen.

12.2 (1) Der RH hielt es für zweckmäßig, die aktuelle Entwicklung der Versorgungsstruktur für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche in regelmäßigen Abständen zu beobachten, und wies auf die Bedeutung der hierfür ausgewählten Kennzahlen hin. Vor diesem Hintergrund wiederholte er seine Kritik am Planungsrichtwert der Versorgungsdichte im ÖSG, der nicht zwischen dem spitalsambulanten und dem extramuralen ambulanten Bereich differenzierte (TZ 9). Dies führte dazu, dass das ÖSG-Monitoring auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix zwar die Entwicklung der ambulanten Versorgungslage insgesamt abbildete, nicht aber den Versorgungsman- gel im extramuralen Bereich, von dem das Gesundheitsministerium ausging.

(2) Der RH hob positiv hervor, dass die Gesundheit Österreich GmbH mit den ÖSG-Monitoringberichten zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung zusätzliche Kennzahlen für Entscheidungen der Versorgungsplanung und -steuerung sammelte. Er verwies darauf, dass laut diesen Berichten für das Jahr 2022 nur zehn Versorgungsregionen mehr als eine Vertragsärztin bzw. einen Vertragsarzt in der

⁸¹ Das Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024, BGBl. I 191/2023, vom 31. Dezember 2023 novellierte u.a. das Ärztegesetz 1998, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten. Unter Einbeziehung der Wahlärztinnen und Wahlärzte hatten nur 20 der 32 Versorgungsregionen mehr als eine niedergelassene Ärztin bzw. einen niedergelassenen Arzt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Damit war nach Einstufung des Gesundheitsministeriums in mindestens zwölf von 32 Versorgungsregionen von einer mangelhaften ambulanten Versorgung auszugehen.

Der RH kritisierte, dass die ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung nicht öffentlich waren und die zuständigen Gremien (Arbeitsgruppen) im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit diese Berichte, deren Abweichungen vom ÖSG-Monitoring auf Basis der Planungsgrundlagenmatrix und allenfalls erforderliche Maßnahmen oder Handlungsempfehlungen an die Zielsteuerungspartner nicht nachweislich diskutierten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der Gesundheit Österreich GmbH, die Instrumente des ÖSG-Monitorings gemeinsam besser zu nutzen, um die Planungsvorgaben präzisieren und deren Umsetzung beobachten zu können. Weiters empfahl er dem Gesundheitsministerium und der Gesundheit Österreich GmbH, die ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung aus Transparenzgründen zu veröffentlichen.

(3) Der RH hielt kritisch fest, dass eine zuverlässige Aussage zur Anzahl und Versorgungswirksamkeit der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Wahlärztinnen und Wahlärzte für die Planung und Steuerung der Versorgungsstrukturen wesentlich, jedoch zur Zeit der Gebarungsüberprüfung nicht möglich war.

Er empfahl dem Gesundheitsministerium, dem Dachverband und der Gesundheit Österreich GmbH, die im Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 vorgesehenen Änderungen für Wahlärztinnen und Wahlärzte bei der Kostenrückerstattung, Diagnosen- und Leistungserfassung und bei der Verwendung der eCard dafür zu nutzen, die Datenlage zur Anzahl und Versorgungswirksamkeit der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Wahlärztinnen und Wahlärzte zu verbessern.

12.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Empfehlungen zur Kenntnis nehme. Die Empfehlungen, die Instrumente des ÖSG-Monitorings besser zu nutzen und die ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung zu veröffentlichen, werde es in die zuständigen Zielsteuerungsgremien einbringen und deren Umsetzung prüfen.

(2) Der Dachverband hielt in seiner Stellungnahme fest, dass er dem RH zur Anzahl der Wahlärztinnen und Wahlärzte im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Erhebungszeitpunkt keine qualitätsgesicherten Daten habe vorlegen können, weil er diese nicht trägerübergreifend erhebe.

(3) Laut Stellungnahme der Gesundheit Österreich GmbH würden die Länder nicht nur über die Monitoring-Ergebnisse und damit über Arbeitsbehelfe für ihre Planungsarbeiten verfügen, sondern die Monitoring-Ergebnisse würden bereits jetzt in die ÖSG-Wartungsarbeiten samt Anpassungen der ÖSG-Inhalte eingehen sowie in die Entwicklung der Planungsrichtwerte für den Planungshorizont 2035. Die durch heterogene Datenquellen für die ÖSG-Monitoring-Teilberichte verursachten Differenzen würden für einen besseren Abgleich zukünftig vermehrt beachtet.

Die ÖSG-Monitoringberichte würden den Ländern als Arbeitsbehelf für ihre Planungsarbeiten und Steuerungsmöglichkeiten zur Verfügung gestellt. Die Entscheidung über eine Veröffentlichung obliege den beauftragenden Zielsteuerungsgremien. Die Gesundheit Österreich GmbH begrüße eine Veröffentlichung insbesondere des ÖSG-Monitoring-Teilberichts zur psychosozialen Versorgung.

Die gemäß den gesetzlichen Grundlagen ab 2025 bzw. 2026 vorgesehene Einführung der Diagnosecodierung im gesamten ambulanten Bereich setze auch die Dokumentation der eCard-Steckungen bei Wahlärztinnen und Wahlärzten voraus. Dies sollte eine deutlich verbesserte Abbildung von Anzahl und Versorgungswirksamkeit der Wahlärztinnen und Wahlärzte auch im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglichen.

- 12.4 Der RH betonte gegenüber der Gesundheit Österreich GmbH, dass er nicht die Differenzen zwischen der Planungsgrundlagenmatrix und den ÖSG-Monitoringberichten thematisierte. Er hatte bemängelt, dass die ärztlichen ambulanten Versorgungseinheiten in der Planungsgrundlagenmatrix den Versorgungsmangel im niedergelassenen Bereich – mangels Soll-Werts dafür – nicht abbildeten und für die ÖSG-Monitoringberichte stattdessen die Zahl der Vertragsärztinnen und -ärzte als aussagekräftigere Größe herangezogen wurde. Vor diesem Hintergrund beurteilte der RH es als kritisch, wenn nur ärztliche ambulante Versorgungseinheiten als der einzige festgelegte Wert für den gesamten ambulanten (intra- und extramuralen) Bereich verwendet würden.

RSG-Monitoring

- 13.1 Eine weitere Ebene des Monitorings der Versorgungslage war das jährliche RSG-Monitoring, das in tabellarischer Form den aktuell verfügbaren Ist-Stand den zum Zeitpunkt der Planung gültigen RSG-Planwerten⁸² gegenüberstellte.

Landeswerte für ÖSG-Kennzahlen wie Versorgungsdichte (ambulant) oder Bettenmessziffer (stationär) und für den Bevölkerungsstand enthielt das RSG-Monitoring nicht. Ebenso fehlten eine Gegenüberstellung der Ist- und Soll-Werte des RSG auf Landesebene zu den ÖSG-Planungsrichtwerten und somit eine transparente Darstellung, inwieweit die ÖSG-Planungsrichtwerte in den einzelnen Ländern umgesetzt waren.

Mit Erreichen des Planungshorizonts (z.B. 2020) lag mitunter bereits ein aktuellerer RSG mit einem neuen Planungshorizont (z.B. 2025) und neuen Soll-Werten vor, womit ein Vergleich der Ist-Werte zum ursprünglichen Planungshorizont nicht mehr zweckmäßig war. Später beschlossene aktuellere Planwerte wurden zur besseren Verständlichkeit und Verwendbarkeit der Daten gegebenenfalls im RSG-Monitoring zusätzlich angegeben.

- 13.2 Der RH hielt kritisch fest, dass das RSG-Monitoring keinen Überblick über die Umsetzung der Versorgungsplanung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ermöglichte, weil Angaben zur Umsetzung der ÖSG-Planungsrichtwerte in den einzelnen Ländern fehlten.

[Er empfahl dem Gesundheitsministerium und der Gesundheit Österreich GmbH, auf die künftige Aufnahme von Angaben zum Umsetzungsstand der ÖSG-Planungsrichtwerte in das RSG-Monitoring hinzuwirken.](#)

- 13.3 (1) Das Gesundheitsministerium führte in seiner Stellungnahme aus, dass es die Möglichkeit der Umsetzung der Empfehlung prüfen und diese in die zuständigen Zielsteuerungsgremien einbringen werde.

(2) Die Gesundheit Österreich GmbH teilte in ihrer Stellungnahme mit, dass sie die Empfehlung befürworte; diese könne kurzfristig umgesetzt werden, wenn die Zielsteuerungspartner dieser Änderung zustimmen würden.

⁸² Später beschlossene aktuellere Planwerte wurden zur besseren Verständlichkeit und Anwendbarkeit der Daten gegebenenfalls zusätzlich angegeben.

Neue Versorgungskonzepte für die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Strategische Festlegungen im Rahmen der Gesundheitsreform 2024

- 14.1 (1) Das Gesundheitsministerium verfolgte in seiner Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie aus dem Jahr 2011 (TZ 6) und seiner Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2024 das Ziel, eine qualitativ hohe und zeitnahe Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu gewährleisten. Es hielt in den Strategien fest, dass dazu Verbesserungen in mehreren Bereichen erforderlich waren. Dies betraf
- den Auf- und Ausbau tagesklinischer und stationärer Kapazitäten der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie die Etablierung innovativer Versorgungsformen wie Home Treatment (Modelle für eine Behandlung zuhause, die einen stationären Aufenthalt ersetzen oder verkürzen konnten (TZ 16)),
 - den Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen (Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie, entwicklungs- und sozialpädiatrische Einrichtungen, psychosoziale Beratungsstellen für Kinder und Jugendliche) unter fachärztlicher Leitung (TZ 15), die eng mit den Krankenanstalten zusammenarbeiten und die ambulante Versorgung durch niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte ergänzen,
 - den Auf- und Ausbau von kassenfinanzierten Facharztstellen für Kinder- und Jugendpsychiatrie im niedergelassenen Bereich sowie dessen verstärkte Kooperation mit anderen Bereichen, wie der Klinischen Psychologie, der Psychotherapie oder der Sozialarbeit, und
 - den Auf- und Ausbau eines Zugangs zur kassenfinanzierten Psychotherapie, um die psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu verbessern (TZ 17, TZ 18).

Auch der Dachverband setzte sich im Rahmen der Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025 eine optimierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zum Ziel. Hierfür sah er die Erhöhung der Planstellen für niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Etablierung eines Modells für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung vor. Das Gesundheitsministerium und der Dachverband beauftragten die Gesundheit Österreich GmbH, dieses Modell zu erarbeiten. Der Ausbau des Zugangs zu kassenfinanzierter Psychotherapie für Kinder und Jugendliche war nicht Gegenstand der Sozialversicherungsstrategie Kinder- und Jugendgesundheit 2022–2025. Die Strategie zur psychischen Gesundheit der Sozial-

versicherung aus dem Jahr 2012 hingegen hatte das Ziel enthalten, integrierte Betreuungsangebote aus Psychiatrie, psychotherapeutischer und psychologischer Behandlung, Diagnostik, funktionalen Therapien und Sozialarbeit in Zusammenarbeit mit den Ländern aufzubauen.

(2) Die Gesundheit Österreich GmbH hielt in ihrem Ergebnisbericht zum Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche fest, dass das Versorgungssystem insgesamt noch zu wenig flexibel und zu wenig auf deren Bedürfnisse ausgerichtet war.⁸³ Um den Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche zu verbessern, empfahl sie, verstärkt auf multiprofessionelle Einrichtungen als zentrale Drehscheibe zu setzen. Laut Gesundheit Österreich GmbH sei der anzustrebende Standard, sowohl aus fachlicher Sicht als auch aus Sicht der betroffenen Kinder und Jugendlichen, in einem multiprofessionellen Setting interdisziplinär zu behandeln; die Einzeltherapie in einer niedergelassenen Facharztpraxis sollte die Ausnahme sein. Der ÖSG hatte bereits 2008 auf die in der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen erforderliche Interdisziplinarität hingewiesen und enthielt seit 2017 Planungsrichtwerte für multiprofessionelle Einrichtungen (**TZ 15**). Gleichzeitig hielt die Gesundheit Österreich GmbH fest, dass eine mit multiprofessionellen Einrichtungen verbesserte Versorgung nicht die dringend notwendige Aufstockung der kassenfinanzierten Sachleistungsversorgung mit kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung, Psychotherapie und – bei gewissen Indikationen gezielt eingesetzter – klinisch-psychologischer Behandlung, die bislang noch keine Kassenleistung war, sowie den Ausbau von Modellen für Home Treatment ersetzen konnte.⁸⁴

(3) Die Zielsteuerungspartner griffen die Inhalte des Ergebnisberichts im Rahmen der Gesundheitsreform 2024 auf. Sie einigten sich im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 zur Umsetzung des operativen Ziels 6, die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu stärken,⁸⁵ darauf, auf Bundesebene

- ein Konzept zur Abstimmung der psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen zu erarbeiten,
- die Sachleistungsversorgung im Bereich psychische Gesundheit unter Berücksichtigung innovativer Versorgungsformen wie Home Treatment auszubauen und

⁸³ Laut Ergebnisbericht führte die Gesundheit Österreich GmbH neben der Analyse von Daten der Sozialversicherung zur bisherigen Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Leistungen und Leistungen der klinisch-psychologischen Diagnostik bei Kindern und Jugendlichen auch Expertengespräche sowie qualitative Interviews mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen zur Erfassung des Status quo der Zugangswege und der psychosozialen Versorgung.

⁸⁴ Weiteren Handlungsbedarf sah der Bericht im Ausbau der schulischen Unterstützungssysteme sowie von Telefon- und Chatberatung, der Kompetenzsteigerung bei Fachleuten, der Erhöhung der psychosozialen Gesundheitskompetenz in der Gesamtgesellschaft sowie der Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen.

⁸⁵ Dieses operative Ziel war dem strategischen Ziel zugeordnet, die ambulante Versorgung bei gleichzeitiger Entlastung des akutstationären Bereichs auszubauen und den Ressourceneinsatz zu optimieren.

- ergänzende Planungsparameter – etwa Strukturqualitätskriterien für innovative Versorgungsformen – im ÖSG inklusive einer einheitlichen Vorgangsweise bei der Prüfung ihrer Einhaltung sowie Konsequenzen im Falle der Nicht-Einhaltung zu verankern.

Laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 war dies auf Landesebene in Form eines bedarfsgerechten Auf- und Ausbaus von multiprofessionellen Strukturen inklusive innovativer Versorgungsformen umzusetzen. Als Kenngröße galt laut Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 die Anzahl der ambulanten Angebote für psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche, wozu niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte mit Kassenvertrag, Ambulatorien für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Angebote in Spitalsambulanzen zählten. Die Berechnung erfolgte ausschließlich anhand der Anzahl von Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie; andere Berufsgruppen spielten dabei keine Rolle. Zielvorgabe war eine Erhöhung der im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 angeführten Ist-Werte aus dem Jahr 2023; konkrete Zielwerte für den Vertragszeitraum 2024 bis 2028 fehlten.

- 14.2 Der RH hielt fest, dass das Gesundheitsministerium und der Dachverband das Ziel, die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, sowohl in ihrer jeweils aktuellen Strategie verankerten als auch im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 gemeinsam mit den Ländern vereinbarten. Das für die Umsetzung dieses Ziels von der Gesundheit Österreich GmbH erarbeitete Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche sah im Wesentlichen vor,

- multiprofessionelle Einrichtungen als zentrale Drehscheibe der Versorgung,
- Modelle für Home Treatment und
- die kassenfinanzierte Sachleistungsversorgung mit kinder- und jugendpsychiatrischer, psychotherapeutischer und in bestimmten Fällen auch mit klinisch-psychologischer Behandlung

auf- und auszubauen.

Der RH hielt kritisch fest, dass es sich dabei um keine neuen Versorgungskonzepte, sondern um Bausteine in der Versorgung handelte, deren Etablierung schon im Zuge der Einführung des Sonderfachs Kinder- und Jugendpsychiatrie im Jahr 2007 als Rahmenbedingung einer funktionierenden Versorgung gefordert (TZ 5) und seit 2011 auch Gegenstand von Strategien des Gesundheitsministeriums und der Sozialversicherung (TZ 6) sowie der Versorgungsplanung (Planungsrichtwert für multiprofessionelle Einrichtungen) war. Seiner Ansicht nach fehlte es für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen daher nicht an strategischen Grundlagen, sondern an

konkreten Zielen und vor allem an deren Umsetzung durch die Zielsteuerungspartner Bund, Länder und Sozialversicherung.

Der RH kritisierte daher, dass der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 mit der Erarbeitung eines Konzepts zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen, der Aufstockung der Sachleistungsversorgung und mit einem bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen inklusive innovativer Versorgungsformen ohne konkrete Zielwerte für den Vertragszeitraum 2024 bis 2028 weiterhin allgemein blieb.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern konkrete Ziele für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen festzulegen. Dabei wäre auf eine stärkere Verschränkung der Arbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zu achten. Der Fokus sollte hierbei – in Umsetzung des von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelten Modells – auf dem Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen liegen.

Positiv vermerkte der RH, dass sich Bund, Länder und Sozialversicherung als Zielsteuerungspartner nicht nur auf ergänzende Planungsparameter im ÖSG einigten – etwa Strukturqualitätskriterien für innovative Versorgungsformen –, sondern auch auf eine einheitliche Vorgangsweise bei der Prüfung ihrer Einhaltung sowie Konsequenzen im Falle der Nicht-Einhaltung.

- 14.3 Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf das operative Ziel 6 im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024. Darauf sollten entsprechende Arbeiten zur Festlegung einer einheitlichen Definition sowie von Kriterien und Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen sowie Home Treatment basieren. Einzelne Vorarbeiten (insbesondere zu Home Treatment) lägen bereits vor und würden in die weiteren Arbeiten einfließen.

Multiprofessionelle Einrichtungen

- 15.1 (1) Bund, Länder und Sozialversicherung vereinbarten in den Bundes-Zielsteuerungsverträgen 2017 und 2024 den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen inklusive innovativer Versorgungsformen als Maßnahme zur Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung, die auf Länderebene umzusetzen war. Laut Planungsrichtwerten des ÖSG 2017 sollte je 250.000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens eine ambulante multiprofessionelle Einrichtung mit niederschwelligem Zugang und mehreren Berufsgruppen, wie Psychologie, Physiotherapie und Sozialpädagogik, unter Leitung einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehen; inkludiert waren nur Einrichtungen mit Kassenvertrag. Dies ergäbe Ende 2023 einen österreichweiten Bedarf an 36 multiprofessionellen Einrichtungen.

Die Anzahl der bereits bestehenden multiprofessionellen Einrichtungen war unklar:

- Die jährlichen Monitoringberichte Zielsteuerung-Gesundheit wiesen nur für das Jahr 2017 insgesamt 16 ambulante Einrichtungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in sechs Ländern aus.
- Ein Expertenbericht⁸⁶ listete mit Ende 2019 bundesweit 22 multiprofessionelle Einrichtungen auf.
- Die ÖGKJP nannte auf ihrer Website⁸⁷ 16 multiprofessionelle Einrichtungen in sechs Ländern.
- Der ÖSG-Monitoringbericht zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung für das Jahr 2022 führte 24 multiprofessionelle Einrichtungen an.
- Das Gesundheitsministerium übermittelte auf Anfrage des RH eine Liste mit 29 multiprofessionellen Einrichtungen und Beratungsstellen mit Stand 2018.
- Laut einer Erhebung des RH bei den Psychiatriekoordinatorinnen und -koordinatoren der Länder gab es 28 multiprofessionelle Einrichtungen, in denen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie weitere Berufsgruppen tätig waren, und vier weitere Einrichtungen, die bis Ende 2024 eröffnet werden sollten.

(2) Die Zahlen waren unterschiedlich, weil keine bundesweit einheitlichen, unter den Zielsteuerungspartnern Bund, Länder und Sozialversicherung abgestimmten konkreten Kriterien bzw. Mindeststandards für solche Einrichtungen vorlagen.⁸⁸ Weiters fehlte in den Ländern ein gemeinsames Verständnis darüber, welche Kriterien multi-

⁸⁶ *Fliedl/Ecker/Karwautz, Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung 2019 in Österreich – Stufen der Versorgung, Ist-Stand und Ausblick. Neuropsychiatrie 34, 179–188 (2020), <https://doi.org/10.1007/s40211-020-00374-6> (abgerufen am 28. Mai 2025)*

⁸⁷ <https://oegkjp.at/ambulatorien/> (abgerufen am 28. Mai 2025)

⁸⁸ Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 sprach z.B. von „psychosozialen Zentren im multidisziplinären Setting zur Verbesserung der Sachleistungsversorgung für funktionell-therapeutische und psychotherapeutische Leistungen“.

professionelle Einrichtungen jedenfalls erfüllen sollten.⁸⁹ Sowohl die Gesundheit Österreich GmbH als auch die ÖGKJP hatten bereits in Berichten aus den Jahren 2016 bzw. 2018 empfohlen, solche Kriterien zu definieren. Etwa könnten in einer multiprofessionellen Einrichtung unter fachärztlicher Leitung für Kinder- und Jugendpsychiatrie⁹⁰ psychologische und psychotherapeutische Kompetenz, Sozialarbeit sowie zwei bis drei weitere Berufsgruppen je nach inhaltlicher Schwerpunktsetzung – wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie oder Musiktherapie – vertreten sein.

- 15.2 Der RH hielt kritisch fest, dass zur Zeit der Gebarungsüberprüfung keine konkreten, bundesweit einheitlichen Kriterien bzw. Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen vorlagen. Dies, obwohl der ÖSG 2017 bereits Planungsrichtwerte enthielt und die Bundes-Zielsteuerungsverträge 2017 und 2024 den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen als Maßnahme auf Länderebene vorsahen. Auch gab es in den Ländern nach wie vor ein unterschiedliches Verständnis darüber, welche Kriterien multiprofessionelle Einrichtungen jedenfalls erfüllen sollten. Nach Ansicht des RH fehlte damit eine wesentliche Grundlage, den im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen wirksam umzusetzen, zu steuern und diese – wie von der Gesundheit Österreich GmbH empfohlen (TZ 14) – als zentrale Drehscheibe einer funktionierenden psychosozialen Versorgung zu etablieren.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern konkrete, bundesweit einheitliche Kriterien bzw. Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen festzulegen und auf dieser Grundlage deren bedarfsorientierten Ausbau voranzutreiben und zu steuern.

- 15.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme auf das operative Ziel 6 im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024. Darauf sollten entsprechende Arbeiten zur Festlegung einer einheitlichen Definition sowie von Kriterien und Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen sowie Home Treatment basieren. Einzelne Vorarbeiten (insbesondere zu Home Treatment) lägen bereits vor und würden in die weiteren Arbeiten einfließen.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass einheitliche Kriterien bzw. Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen jedenfalls unter Einbeziehung der Krankenversicherungsträger festzulegen seien.

⁸⁹ Bereits ab 2017 hatten Expertinnen und Experten angemerkt, dass die bestehenden Einrichtungen aufgrund ihrer unterschiedlichen Ressourcen und Aufgabenstellungen nicht die gleiche Versorgungsrelevanz hatten; es sei daher auch nicht möglich, Versorgungszahlen von multiprofessionellen Einrichtungen zu vergleichen.

⁹⁰ Seit einer Novelle des Bundesgesetzes über Krankenanstalten und Kuranstalten, BGBl. I/1957 i.d.g.F., im Jahr 2024 (BGBl. I 24/2024) war in Ambulatorien mit therapeutischen Leistungen durch freiberuflich ausübende, nicht-ärztliche Gesundheitsberufe wie Logopädie, Ergotherapie, physikalische Therapie oder Psychotherapie eine dauernde Anwesenheit einer Ärztin bzw. eines Arztes nicht mehr erforderlich, sofern deren bzw. dessen Erreichbarkeit gegeben war.

(3) Die Gesundheit Österreich GmbH hielt in ihrer Stellungnahme fest, dass die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 im operativen Ziel 6 verankert sei. Darauf könnten u.a. entsprechende Arbeiten zur Festlegung von Kriterien und Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen basieren.

Home Treatment

- 16.1 (1) Das Austrian Institute for Health Technology Assessment veröffentlichte im Jahr 2020 eine Analyse zur Wirksamkeit und möglichen Implementierung von Home Treatment in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Österreich. Home Treatment ist die Behandlung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zuhause durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung, damit die Kinder und Jugendlichen – anstatt einer grundsätzlich zweckmäßigen stationären Betreuung – in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und die Familien in die Behandlung einbezogen werden können. Wie nachfolgende Abbildung zeigt, konnten solche Behandlungsmodelle laut der Analyse vor allem in der Behandlungsdauer und im Behandlungsziel unterschiedlich ausgestaltet sein – z.B. als akute Krisenintervention oder als längere Behandlungsmethode:

Abbildung 2: Übersicht zu Behandlungen zuhause im Rahmen der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dauer	Art	Ziele	Intensität
kurzer Zeitraum	Krisenmanagement	zeitlich begrenzte Familienunterstützung zur Vermeidung stationärer Aufenthalte	hochfrequent
	Klassisches Home Treatment	stationsersetzende bzw. verkürzende Behandlung im häuslichen Rahmen zur Stabilisierung	
mittlerer Zeitraum	Multisystemische Therapie	hochintensive, stationsersetzende, ambulante Behandlungen unter Einbeziehung von Familie und sozialem Umfeld	niedrigfrequent
	Assertive Community Treatment	Kinder, Jugendliche und deren Familien befähigen, langfristig im Lebensumfeld zu bleiben	
längerer Zeitraum	Case Management	Koordination von Hilfsangeboten, Schnittstellen	

Quelle: Gesundheit Österreich GmbH; Darstellung: RH

In Österreich boten zur Zeit der Gebärungsüberprüfung fünf Krankenanstalten Home Treatment mit multiprofessionellen Teams aus den Bereichen Psychologie, klinische Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Diplompflege unter fachärztlicher Leitung auf Basis von Pilotprojekten an. Auswertungen von zwei Pilotprojekten in Salzburg und Wien aus den Jahren 2020 bzw. 2023 hielten fest, dass die Effektivität mit stationären Aufenthalten vergleichbar war, die Schwelle der Inanspruchnahme durch die häusliche Behandlung und die gewohnte Umgebung niedriger sein und der Drehtüreffekt (häufig wiederkehrende stationäre Aufenthalte) gemindert werden konnte.

Auch das Austrian Institute for Health Technology Assessment hielt als Ergebnis seiner Analyse fest, dass Home Treatment langfristig zu einer Verbesserung der Symptome bei Patientinnen und Patienten führen, den Übergang von der stationären Behandlung in die ambulante Betreuung unterstützen und dadurch Krankenhausaufenthalte verringern bzw. verkürzen konnte. Allerdings sei die Implementierung von Home Treatment mit zahlreichen Herausforderungen verbunden. So benötige ein funktionierendes Angebot für Home Treatment u.a. eine Koordinierung bestehender psychosozialer Angebote und der daran beteiligten Gesundheitsberufe sowie zusätzliche Kapazitäten in der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung, aber auch Ressourcen für Administration.

Sowohl die Analyse durch das Austrian Institute for Health Technology Assessment als auch Auswertungen der Pilotprojekte wiesen darauf hin, dass für eine Implementierung in der Regelversorgung das Behandlungsangebot, die Behandlungsdauer und die Zuständigkeiten für Home Treatment definiert werden müssten, die organisatorische Anbindung (an stationäre Abteilungen und/oder an multiprofessionelle Einrichtungen) und die Finanzierung zu klären sowie gesetzliche Rahmenbedingungen zu schaffen seien.

(2) Home Treatment war in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2024 und im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 als innovative Versorgungsform genannt, die beim bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Strukturen inkludiert werden sollte.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2024 enthielt das Ziel, die Plätze für Home Treatment zu erhöhen. Eine Definition von Home Treatment bzw., welche Behandlungsangebote mit welcher Behandlungsdauer davon umfasst sein sollten, legte die Strategie ebenso wenig fest wie Ausgangs- und Zielwerte.

Im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Bund, Länder und Sozialversicherung, Vorgaben für die Umsetzung innovativer Versorgungsformen im ÖSG sowie darauf aufbauend in den RSG aufzunehmen; konkrete Ansätze, wie ein bundesweiter Auf- bzw. Ausbau von Home Treatment vorangetrieben werden könnte (z.B. durch die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen), waren nicht enthalten.

- 16.2 Der RH hielt fest, dass Home Treatment grundsätzlich die Möglichkeit bot, psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche – anstelle einer grundsätzlich zweckmäßigen stationären Aufnahme – durch ein multiprofessionelles Team unter fachärztlicher Leitung zuhause zu behandeln. Damit konnten sie in ihrem gewohnten Umfeld bleiben und ihre Familien in die Behandlung einbezogen werden. Der RH verwies darauf, dass eine Analyse durch das Austrian Institute for Health Technology Assessment und Auswertungen von Pilotprojekten auf noch ungeklärte Fragen zur Definition, organisatorischen Anbindung, Finanzierung und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen von Home Treatment hingewiesen hatten. Der RH bemängelte, dass diese Fragen nach wie vor ungeklärt waren und damit wesentliche Rahmenbedingungen für die im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vorgesehene Aufnahme von Home Treatment in die Versorgungsplanung des ÖSG sowie der RSG fehlten.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, sich gemeinsam mit den Ländern auf eine Definition von Home Treatment zu einigen und Fragen der organisatorischen Anbindung und Finanzierung sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen zu klären, um beim geplanten Ausbau dieser Versorgungsform ein bundesweit strukturiertes Vorgehen zu ermöglichen.

- 16.3 (1) Das Gesundheitsministerium hielt in seiner Stellungnahme fest, dass es die Empfehlung zur Kenntnis nehme. Es verwies neuerlich auf das operative Ziel 6 im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024. Darauf sollten entsprechende Arbeiten zur Festlegung einer einheitlichen Definition sowie von Kriterien und Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen sowie Home Treatment basieren. Einzelne Vorarbeiten (insbesondere zu Home Treatment) lägen bereits vor und würden in die weiteren Arbeiten einfließen.

(2) Der Dachverband wies in seiner Stellungnahme darauf hin, dass die Krankenversicherungsträger bei der Definition von Home Treatment einzubinden seien, da der Dachverband keine Zuständigkeit für den konkreten Ausbau neuer Versorgungsformen habe. Dasselbe gelte auch für Fragen der organisatorischen Anbindung, Finanzierung und der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

- 16.4 Der RH entgegnete dem Dachverband, dass er diesem nicht empfohlen hatte, neue Versorgungsformen zu regeln, einzurichten und zu finanzieren. Vor dem Hintergrund der Rolle des Dachverbands bei der Zielsteuerung und seiner Koordinierungsfunktion innerhalb der Sozialversicherung erachtete es der RH als wesentlich, dass der Dachverband die Einführung von Home Treatment unterstützt; dies,

- indem er sich für eine Einigung auf eine Definition einsetzen könnte und
- indem er Fragen zu Organisation, Finanzierung und gesetzlichen Grundlagen gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium klären könnte.

Insofern verblieb der RH bei seiner Empfehlung.

Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Überblick

- 17.1 Die Gesundheit Österreich GmbH erstellte im Auftrag des Gesundheitsministeriums vierteljährlich Factsheets zur Surveillance psychosoziale Gesundheit. Diese zeigten – wie auch die HBSC-Studie der WHO (**TZ 2**) –, dass die Anzahl stationär behandelter Kinder und Jugendlicher seit 2014 und insbesondere seit der COVID-19-Pandemie aufgrund von Angststörungen, Depressionen und Essstörungen angestiegen war. Dadurch sei – so das Gesundheitsministerium – die kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung vielfach über ihre Kapazitätsgrenzen hinaus ausgelastet und überlastet, was mit langen Wartezeiten auf eine Behandlung oder Therapie verbunden sei. Deshalb sollten – neben den kontinuierlichen Bemühungen um Weiterentwicklungen im Gesundheitssystem – im Rahmen der Agenda Gesundheitsförderung Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen⁹¹ forciert werden.

Um einen Überblick über derartige Angebote (Inhalt, Konzept und Umfang) zu erhalten, erstellte die Gesundheit Österreich GmbH im Jahr 2023 im Auftrag des Gesundheitsministeriums eine Übersicht. Sie erhob mit öffentlichen Mitteln unterstützte und daher für die Betroffenen kostenfreie Angebote, die explizit auf die Stärkung der psychosozialen Gesundheit zielten und für Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene konzipiert waren. In ihrem Ergebnisbericht listete sie insgesamt 147 Angebote auf, die von individueller psychologischer, psychotherapeutischer oder sozialarbeiterischer Unterstützung über Workshops und Trainings bis hin zu Angeboten auf Websites, in Podcasts oder in Sozialen Medien reichten. Manche dieser Angebote waren bundesweit verfügbar, z.B. Rat auf Draht, Schulpsychologie und -sozialarbeit oder das Programm „Gesund aus der Krise“, mit dem das Gesundheitsministerium betroffenen Kindern und Jugendlichen 15 klinisch-psychologische, gesundheitspsychologische oder psychotherapeutische Einheiten finanzierte (**TZ 18**). Die Mehrzahl der Angebote war in einzelnen bzw. mehreren Ländern und daher nicht bundesweit zugänglich. Laut Gesundheit Österreich GmbH wirkte diese Vielfalt an Angeboten mit verschiedenen methodischen Zugängen aus nationaler Perspektive wenig abgestimmt bzw. strategisch geplant.

⁹¹ Darunter waren – in Abgrenzung zur fachärztlichen psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus oder im niedergelassenen Bereich – niederschwellige, bedarfsgerechte Unterstützungs-, Versorgungs- bzw. Rehabilitationsangebote für psychosozial belastete Menschen, Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige zu verstehen.

Die Gesundheit Österreich GmbH arbeitete deshalb zur Zeit der Gebarungsüberprüfung an einem Empfehlungspapier für einen Aktionsplan zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit für unter 25-Jährige, u.a. mit dem Ziel, die Angebote künftig strategisch besser zu planen und abzustimmen. Eine von der Gesundheit Österreich GmbH geplante Datenbank sollte dazu dienen, gute Praxisbeispiele nachvollziehbar aufzubereiten, auf einer Website zu veröffentlichen und Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern für eine breite Ausrollung zu empfehlen.

- 17.2 Der RH hielt fest, dass die Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Gesundheitsministeriums im Jahr 2023 mit öffentlichen Geldern unterstützte Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhob und verglich. Daraus war erkennbar, dass diese nicht aufeinander abgestimmt und teils nur regional verfügbar waren und unterschiedliche Zugänge verfolgten. Der RH vermerkte positiv, dass die Gesundheit Österreich GmbH an einer Datenbank arbeitete, um öffentlich sichtbar zu machen, welche Angebote zu psychosozialer Gesundheit wirksam waren und in der Folge helfen zu können, die strategische Planung der Angebote zu verbessern. Zu diesem Ziel sollte auch der geplante Aktionsplan zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit für unter 25-Jährige beitragen.

Der RH kritisierte jedoch, dass die Zielsteuerungspartner nach dem von der Gesundheit Österreich erarbeiteten Modell für einen verbesserten Zugang zur psychosozialen Versorgung, mit dem im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vorgesehenen Konzept zur abgestimmten psychosozialen Versorgung auf allen Ebenen (TZ 14) sowie dem geplanten Aktionsplan zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit für unter 25-Jährige ihren Fokus wiederholt auf strategische Grundlagen anstatt auf konkrete Ziele und deren Umsetzung legten.

Vor diesem Hintergrund wiederholte er seine Empfehlung (TZ 14) an das Gesundheitsministerium und den Dachverband, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern konkrete Ziele für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen festzulegen. Dabei wäre auf eine stärkere Verschränkung der Arbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zu achten. Der Fokus sollte hierbei – in Umsetzung des von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelten Modells – auf dem Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen liegen, um die schon seit Jahren geforderte multiprofessionelle Versorgung bundesweit gewährleisten zu können.

- 17.3 Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme erneut auf das operative Ziel 6 im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024. Darauf sollten entsprechende Arbeiten zur Festlegung einer einheitlichen Definition sowie von Kriterien und Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen sowie Home Treatment

basieren. Einzelne Vorarbeiten (insbesondere zu Home Treatment) lägen bereits vor und würden in die weiteren Arbeiten einfließen.

„Gesund aus der Krise“

- 18.1 (1) Von den im überprüften Zeitraum 2017 bis 2023 genehmigten Förderungen des Gesundheitsministeriums für Angebote zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Höhe von 58,58 Mio. EUR entfielen 50,12 Mio. EUR auf das Projekt „Gesund aus der Krise“. Das Projekt war als kurzfristige, zeitlich befristete Leistung außerhalb der von der Sozialversicherung finanzierten Regelversorgung konzipiert, die nicht in die Versorgungsplanung eingebunden war. Ziel des Projekts war es, aufgrund der nur begrenzt verfügbaren Regelversorgung ein niederschwelliges, kostenfreies Angebot zu schaffen, um rasch auf die infolge der COVID-19-Krise gestiegene Nachfrage nach psychosozialer Unterstützung für Kinder und Jugendliche reagieren zu können. Hierzu sollten Förderungen des Gesundheitsministeriums es ermöglichen, dass betroffene Kinder und Jugendliche je 15 klinisch-psychologische, gesundheitspsychologische oder psychotherapeutische Einheiten kostenfrei beanspruchen konnten. Zur Umsetzung des Projekts erließ der Gesundheitsminister die Sonderrichtlinie „Gesund aus der Krise“ zur Gewährung von Förderungen für psychologische und psychotherapeutische Beratungen und Behandlungen zur Bewältigung der psychosozialen Folgen der COVID-19-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen. Ihre Durchführungsphase war mit 30. Juni 2023 begrenzt; Förderansuchen konnten bis 31. März 2023 eingebracht werden.

Die Förderabwicklung übernahm der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen in Kooperation mit dem Österreichischen Berufsverband für Psychotherapie. Der Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen nahm die Fördergelder des Gesundheitsministeriums – inklusive einer Pauschale für die mit der Abwicklung verbundenen administrativen Kosten – entgegen und zahlte damit die Honorare für das am Projekt teilnehmende behandelnde Gesundheitspersonal. Die verhandelten Tarife für die Honorare lagen mit bis zu 105 EUR für eine Einzelsitzung und bis zu 120 EUR für eine Gruppensitzung über den in der Regelversorgung von der Sozialversicherung bezahlten Tarifen. Die Sonderrichtlinie begrenzte die Förderung je Fördernehmer (behandelnde Person) mit 50.000 EUR innerhalb des Förderzeitraums. Betroffene Kinder und Jugendliche konnten sich bei einer zentralen Servicestelle anmelden, um – nach einer Freigabe⁹² – eine geförderte Behandlung zu erhalten. Dabei waren individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen, z.B. der Schweregrad der psychosozialen Belastung oder die Wohnortnähe.

⁹² Bei einem sogenannten Clearing-Verfahren wurde überprüft, ob die angemeldeten Personen unter 21 Jahre alt waren und keine besonders schweren Störungsbilder vorlagen, die im Rahmen des Projekts nicht abgedeckt werden konnten. In einem solchen Fall vermittelte die Servicestelle die betroffene Person an spezifische Einrichtungen oder nahm die Eintragung auf Warte- bzw. Vormerklisten dieser Einrichtungen bei gleichzeitiger Unterstützung durch „Gesund aus der Krise“ zur Überbrückung vor.

Die von der zentralen Servicestelle vermittelten Kinder und Jugendlichen erhielten bis zu 15 Beratungs- bzw. Behandlungseinheiten (mit der Option auf Verlängerung um weitere 15 bzw. in späterer Folge fünf Einheiten).

Die Durchführungsphase von „Gesund aus der Krise“ endete nach Auszahlung von Fördermitteln in Höhe von 10,47 Mio. EUR am 30. Juni 2023. Aufgrund des weiterhin hohen Bedarfs an psychosozialer Unterstützung von Kindern und Jugendlichen und der anhaltenden Belastung durch multiple Krisen folgten zwei weitere mit je 19 Mio. EUR dotierte Projekte des Gesundheitsministeriums auf Basis von Sonderrichtlinien: „Gesund aus der Krise II“ mit einer Durchführungsphase bis 30. Juni 2024 und „Gesund aus der Krise III“ mit einer Durchführungsphase bis 30. Juni 2025.

(2) Die Universität Innsbruck evaluierte das Projekt „Gesund aus der Krise“ und legte dem Gesundheitsministerium im April 2024 einen Zwischenbericht vor: Demnach meldeten sich bis April 2023 14.883 Kinder und Jugendliche zur Teilnahme bei „Gesund aus der Krise“ an, von denen 11.775 einer Behandlung zugewiesen wurden. 860 behandelnde Personen beendeten 8.315 Behandlungen und führten insgesamt 100.572 Behandlungseinheiten durch. Damit wurden die in der Sonderrichtlinie angeführten Zielwerte von 5.000 bis 7.600 Behandlungszuweisungen erreicht. Laut dem Zwischenbericht war die Zielerreichung auch auf die Niederschwelligkeit des Projekts zurückzuführen – das kostenfreie Angebot, die unkomplizierte Anmeldung über Telefon oder E-Mail und die wohnortnahe Vermittlung von behandelnden Personen.

Der Zwischenbericht enthielt auch Kritikpunkte, die er im Wesentlichen auf die Projektorganisation außerhalb der Regelversorgung zurückführte. Eine Person konnte grundsätzlich – von einer Verlängerungsmöglichkeit abgesehen – nur eine Behandlungsreihe mit einer begrenzten Stundenanzahl beanspruchen, selbst dann, wenn darüber hinaus Behandlungsbedarf bestand. Zudem war die zeitliche Gestaltung nicht flexibel, weil die Behandlungen mit Projektende abgeschlossen sein mussten. Deshalb gestaltete sich auch der Übergang von „Gesund aus der Krise“ zu „Gesund aus der Krise II“ schwierig und führte zu Unsicherheiten und Wartezeiten. Ein Wechsel in die Regelversorgung war aufgrund der Rahmenbedingungen (mangelnde Kapazitäten und Risiko langer Wartezeiten) mit Hindernissen verbunden und nicht immer erfolgreich. Aus diesen Gründen hob der Zwischenbericht die Notwendigkeit einer langfristigen Etablierung eines Angebots zur niederschweligen psychosozialen Versorgung von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Regelversorgung hervor.

- 18.2 Der RH anerkannte die Bemühungen des Gesundheitsministeriums, mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“ Kindern und Jugendlichen nach der COVID-19-Pandemie eine niederschwellige psychosoziale Unterstützung anzubieten. Er hielt fest, dass das Projekt als kurzfristige, zeitlich befristete Leistung außerhalb der von der Sozial-

versicherung finanzierten Regelversorgung konzipiert und nicht in die Versorgungsplanung eingebunden war. Das Gesundheitsministerium verlängerte das Projekt aufgrund des unvermindert hohen Bedarfs und des anhaltenden Mangels an Leistungen der Sozialversicherung im überprüften Zeitraum bereits zweimal. Der RH bemängelte, dass das Gesundheitsministerium damit Leistungen mittels Förderungen aus dem Bundesbudget finanzierte, die in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung fielen.

Er verwies auch auf mögliche unerwünschte Effekte durch die im Vergleich zu den Sozialversicherungstarifen höheren Honorare für Psychologinnen und Psychologen sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Rahmen des Projekts.

Der RH empfahl dem Gesundheitsministerium und dem Dachverband, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf einen bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuwirken.

- 18.3 (1) Das Gesundheitsministerium verwies in seiner Stellungnahme erneut darauf, dass die Stärkung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 als eigenes operatives Ziel verankert worden sei. Aus fachlicher Sicht werde derzeit nach wie vor von einem hohen Bedarf an psychotherapeutischer oder psychologischer Behandlung von etwa 5 % der Bevölkerung pro Jahr – zuletzt durch die Surveillance Psychosoziale Gesundheit im Jänner 2025 wieder bestätigt – ausgegangen. Der Deckungsgrad durch die Sozialversicherung liege aber deutlich darunter. Für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen halbiere das Projekt „Gesund aus der Krise“ die Lücke zur Bedarfsdeckung zwar in etwa, schließe diese aber nicht. Vor dem Hintergrund eines anhaltenden Bedarfs und der prekären finanziellen Lage der Österreichischen Gesundheitskasse als größten österreichischen Versicherungsträger erachte das Gesundheitsministerium einen Stopp des Projekts „Gesund aus der Krise“ als äußerst kritisch. Ein solcher führe dazu, dass sich die Lücke wieder deutlich vergrößere – mit negativen Folgen u.a. für Bildungserfolge, den Einstieg ins Erwerbsleben der Betroffenen sowie den damit verbundenen Folgekosten für ihre Gesundheitsversorgung als Erwachsene.

Die Ergebnisse der Evaluierung durch die Universität Innsbruck würden bestätigen, die Zielgruppe belasteter Kinder gut zu erreichen, mit der zentralen Clearing-Stelle eine effiziente Zuweisungspraxis etabliert zu haben und auf die Einhaltung hoher Qualitätsstandards durch die behandelnden Personen zu achten. Das Projekt werde aufgrund seiner Qualität und Effizienz inzwischen auch international als vorbildlich angesehen.

Um das Projekt im derzeitigen Umfang weiterführen, aber auch eine systematische Überführung in die Regelversorgung gemeinsam mit der Sozialversicherung aufset-

zen zu können, wären für eine mehrjährige Übergangszeit pro Jahr rd. 30 Mio. EUR erforderlich. Die bewährten Strukturen könnten dabei zunächst für Kinder und Jugendliche, in weiterer Folge auch für die Zielgruppe der Erwachsenen ausgebaut werden.

(2) Der Dachverband führte in seiner Stellungnahme aus, dass im Rahmen des Projekts „Gesund aus der Krise“ nicht nur Krankenbehandlung im Sinne des Allgemeinen Sozialversicherungsgesetzes⁹³ und der Begleitgesetze, sondern auch psychosoziale Unterstützung angeboten worden sei. Die Sozialversicherung komme ihren gesetzlich normierten Aufgaben jedenfalls nach und werde ihnen nachkommen. Eine allfällige Ausweitung dieser Aufgaben auf umfangreiche Beratungsleistungen oder auf Leistungen der Gesundheitspsychologie im Sinne einer Information über Gesundheitsrisiken und Schutzfaktoren sehe sie aber kritisch, da diese Leistungen nicht in ihre Zuständigkeit fallen würden. Für die klinisch-psychologische und psychotherapeutische Versorgung seien die Krankenversicherungsträger zuständig, weshalb diese in den Ausbau dieses Bereichs einzubeziehen seien.

- 18.4 (1) Der RH verwies gegenüber dem Gesundheitsministerium auf die Versorgungswirksamkeit und Effekte der vom Gesundheitsministerium im Rahmen des Projekts „Gesund aus der Krise“ geförderten Maßnahmen. Er betonte, dass er nicht die Einstellung der Leistungen, sondern ihre Erbringung im Rahmen der Sachleistungsver-sorgung der Sozialversicherung empfohlen hatte. Vor dem Hintergrund des vom Gesundheitsministerium selbst in seiner Stellungnahme angeführten anhaltenden hohen Versorgungsbedarfs bei gleichzeitig niedrigem Deckungsgrad durch die Sozialversicherung zielte seine Empfehlung darauf ab, den seit Jahren geplanten bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung (TZ 6) umzusetzen. Dies auch mit dem Ziel, in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung fallende Leistungen nicht dauerhaft durch im Vergleich zu den Sozialversicherungstarifen höhere Vergütungen aus dem Bundesbudget zu finanzieren.

Das Argument der prekären finanziellen Lage der Österreichischen Gesundheitskasse sah er angesichts der vom Gesundheitsministerium selbst genannten hohen Folgekosten unzureichend versorgter psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher im Erwachsenenalter insofern als problematisch an, als eine Unterversorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu den bereits in TZ 3 beschriebenen Folgekosten und daher zu noch höheren Kosten der Sozialversicherungsträger führen konnte.

(2) Gegenüber dem Dachverband verwies der RH auf die aufgezeigten Kapazitätsmängel, Wartezeiten sowie den laut Gesundheitsministerium niedrigen Deckungs-

⁹³ BGBl. 189/1955 i.d.g.F.

grad der Versorgung und die infolge der hohen Nachfrage erfolgten Verlängerungen des Projekts „Gesund aus der Krise“. Diese Faktoren könnten darauf hindeuten, dass die Sozialversicherung ihrer gesetzlichen Aufgabe, für die Krankenbehandlung der Anspruchsberechtigten ausreichend vorzusorgen, bei psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen nur teilweise nachgekommen war.

(3) Vor diesem Hintergrund verblieb der RH bei seiner Empfehlung an das Gesundheitsministerium und den Dachverband, im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit auf einen bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuwirken.

Resümee

19 (1) Psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen und ihre Folgen

Eine zielgerichtete und wirksame Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen ist von besonderer Bedeutung, um die – teils schwerwiegenden – persönlichen Auswirkungen für die Betroffenen möglichst gering halten zu können. Sie setzten sich häufig auch im Erwachsenenalter fort und konnten mit dauerhaften Ausgaben im Gesundheits- und Sozialbereich sowie (volks-)wirtschaftlichen Nachteilen aufgrund eingeschränkter Erwerbstätigkeit verbunden sein. Eine im British Medical Journal publizierte internationale Studie⁹⁴ aus dem Jahr 2022 schätzte den durchschnittlichen Nutzen für jeden investierten US-Dollar in Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit im Kindes- und Jugendalter über eine Lebenszeit von 80 Jahren auf 24 US-Dollar. **(TZ 3)**

(2) Daten für die Versorgungsplanung

Zur Häufigkeit der Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen gab es in Österreich nur eine Studie mit Daten aus dem Zeitraum 2013 bis 2015, die von 23,9 % betroffenen Personen ausging. Laut internationalen Studien war im Zuge der COVID-19-Pandemie ein deutlicher Anstieg der erkrankten Kinder und Jugendlichen (unter 18-Jährige) von 20 % auf 30 % festzustellen. Um auf einen solchen Anstieg zeitnah mit Angeboten zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit und Anpassungen der Versorgungsplanung reagieren zu können, fehlten ausreichende Daten über die

⁹⁴ Stelmach/Kocher/Kataria/Jackson-Morris/Saxena/Nugent, The global return on investment from preventing and treating adolescent mental disorders and suicide: a modelling study, BMJ Global Health 2022, <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007759> (abgerufen am 28. Mai 2025)

Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Österreich. (TZ 2)

Zwar versuchte die Gesundheit Österreich GmbH, dieser Datenlücke mit einem stärkeren Fokus auf die regelmäßige Einbindung von Expertinnen und Experten sowie auf die genaue Beobachtung in überschaubaren zeitlichen Abständen (sogenannte „iterative Planung“) zu begegnen. Sie berief die Expertengruppe aber zuerst nicht häufig genug und seit 2019 nicht mehr ein. Nach 2021 wurde die Expertengruppe nicht mehr bestellt, weshalb für den ÖSG 2023 auch keine aktuellen Empfehlungen für die Festlegung bedarfsgerechter und realisierbarer Planungsrichtwerte vorlagen. (TZ 10)

Daten fehlten auch zur Anzahl und Versorgungswirksamkeit des fachärztlichen Personals; damit fehlte ein weiterer – gerade bei Versorgungsdefiziten – wesentlicher Parameter für die Versorgungsplanung. Dies lag u.a. daran, dass das Gesundheitsministerium keine Übersicht über die besetzbaren und tatsächlich besetzten Ausbildungsstellen hatte und die Gründe für nicht eingerichtete oder unbesetzte Stellen nicht kannte. Auch war keine zuverlässige Aussage zur Anzahl und Versorgungswirksamkeit der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Wahlärztinnen und Wahlärzte möglich. Die angesichts dieser Schwierigkeiten begonnenen Arbeiten der beim Gesundheitsministerium eingerichteten Kommission für die ärztliche Ausbildung an einem Prognosetool zum Ärztebedarf sowie an einem Ärzte-Monitoring waren zur Zeit der Gebarungsüberprüfung noch im Gange. (TZ 7, TZ 12)

(3) Zielsteuerung-Gesundheit und Monitoring der Versorgungsplanung

Das Gesundheitsministerium hatte in seiner Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie bereits im Jahr 2011 die wesentlichen Handlungsfelder einer wirksamen Versorgung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie identifiziert, verabsäumte es aber bis zur Zeit der Gebarungsüberprüfung, klare Ziele, Richtwerte und konkrete Umsetzungsmaßnahmen mit dafür Verantwortlichen vorzugeben. Auch im Vorfeld der Zielsteuerungsperiode ab 2024 ging das Gesundheitsministerium in einer parlamentarischen Anfragebeantwortung vom März 2023 von einem nach wie vor sehr hohen unerfüllten Versorgungsbedarf aus. (TZ 6, TZ 11)

Auch stellten die Zielsteuerungspartner die Ab- bzw. Übereinstimmung der RSG mit den Planungsrichtwerten des ÖSG nicht sicher. Dadurch war die Gewährleistung der von den Zielsteuerungspartnern angestrebten bedarfsgerechten Versorgung in bundesweit einheitlicher Qualität für ein im Aufbau befindliches Sonderfach wie die Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht sichergestellt. (TZ 8)

Die Konsequenz dieser mangelnden Ab- bzw. Übereinstimmung zeigte sich etwa im Spitalsbereich, in dem bundesweit im Jahr 2022 zur Umsetzung der bis 2025 zu erfüllenden Planungsvorgaben noch 103 Betten und 198 Tagesklinikplätze und/oder ambulante Betreuungsplätze fehlten. Im niedergelassenen Bereich verfügten nur 20 von 32 Versorgungsregionen über mehr als eine Fachärztin bzw. einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie (inklusive Wahlärztinnen und Wahlärzte); nach Einstufung des Gesundheitsministeriums war damit in mindestens zwölf Versorgungsregionen von einer mangelhaften ambulanten Versorgung auszugehen. (TZ 11, TZ 12)

(4) Aktuelle Ansätze zur Verbesserung der Versorgung

Das Gesundheitsministerium reagierte auf die mangelhafte Versorgungslage (TZ 12) mit dem Projekt „Gesund aus der Krise“, das Kindern und Jugendlichen nach der COVID-19-Pandemie eine niederschwellige psychosoziale Unterstützung bot. Das Projekt war als kurzfristige, zeitlich befristete Leistung außerhalb der von der Sozialversicherung finanzierten Regelversorgung geplant und nicht in die Versorgungsplanung eingebunden. Aufgrund des unvermindert hohen Bedarfs wurde das Projekt im überprüften Zeitraum bereits zweimal verlängert. Damit finanzierte das Gesundheitsministerium mit Mitteln aus dem Bundesbudget in Höhe von 50,12 Mio. EUR Leistungen, die in den Aufgabenbereich der Sozialversicherung fielen. (TZ 18)

Das Gesundheitsministerium und der Dachverband setzten sich in ihren Strategien das Ziel, die Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen zu verbessern, und vereinbarten dies im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags 2024 auch verbindlich. Die Gesundheit Österreich GmbH erarbeitete dafür ein Modell mit dem Ziel, den Zugang zur psychosozialen Versorgung für Kinder und Jugendliche zu verbessern. Dieses Modell sah im Wesentlichen den Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen, von Home Treatment sowie die Aufstockung der kassenfinanzierten Sachleistungsversorgung vor. (TZ 14)

Dennoch blieben die zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung im Bundes-Zielsteuerungsvertrag 2024 vereinbarten Ziele – z.B. die Erarbeitung eines Konzepts zur abgestimmten psychosozialen Versorgung – weiterhin allgemein. Für die Aufstockung der Sachleistungsversorgung und den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau von neuen Versorgungskonzepten, wie multiprofessionellen Einrichtungen und Home Treatment, fehlten konkrete Zielwerte. Dies lag auch an ungeklärten Fragen zur Definition, zur organisatorischen Anbindung, Finanzierung und zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen neuer Versorgungskonzepte. (TZ 14, TZ 15, TZ 16)

(5) Zentrale Herausforderung und Lösungsansätze

Eine zentrale Herausforderung für die Verbesserung der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen war der Mehrbedarf an Fachärztinnen und Fachärzten für zusätzliche Versorgungsangebote. Die Gesamtzahl der in die Ärztesliste eingetragenen Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie stieg seit der Einführung des Sonderfachs von 97 (Ende 2007) auf 313 (Ende 2023) an. Der durchschnittliche jährliche Zuwachs an Fachärztinnen und Fachärzten hatte sich trotz Mangelfachregelung zwischen Ende 2017 und Ende 2023 mit rd. 13 Personen gegenüber dem Zeitraum 2007 bis 2017 mit rd. 14 Personen nicht erhöht. Das Gesundheitsministerium nahm an, dass der bestehende Mehrbedarf für den Ausbau der psychiatrischen Versorgung durch die Lockerung des Ausbildungsschlüssels alleine nicht gedeckt werden konnte.

Aus Sicht des RH zeigten sich insbesondere folgende Handlungserfordernisse:

- eine verbesserte Abstimmung zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und anderen versorgungsrelevanten Gesundheitsberufen, wie Psychotherapie und klinische Psychologie, Sozial- und Ergotherapie, im Sinne einer multiprofessionellen Versorgung,
- die Prüfung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Spezialisierung für andere Sonderfächer, wie Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Familienmedizin,
- ein bedarfsgerechter Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie
- eine Ausweitung der Präventionsangebote – u.a. in Schulen. (TZ 7, TZ 18)

Schlussempfehlungen

20 Zusammenfassend empfahl der RH

- dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (**BMASGPK**),
- dem Dachverband der Sozialversicherungsträger (**DV**),
- der Gesundheit Österreich GmbH (**GÖG**):

	BMASGPK	DV	GÖG
(1) Gemeinsam mit den Ländern wäre sicherzustellen, dass die für eine bedarfsgerechte Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher erforderlichen Daten über die Häufigkeit, Art und Altersverteilung psychischer Erkrankungen in Österreich verfügbar sind. (TZ 2, TZ 3, TZ 10)	x	x	
(2) Es wäre darauf hinzuwirken, die in den Strategien des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Sozialversicherung identifizierten Handlungsfelder in die Zielsteuerung-Gesundheit zu integrieren und zu operationalisieren, um die für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der multiprofessionellen Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen erforderlichen Maßnahmen setzen zu können. (TZ 6)	x	x	
(3) In Abstimmung mit den Ländern wäre das Ziel der Erhöhung der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote zu präzisieren und dabei auch die erforderliche Multiprofessionalität von Angeboten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu berücksichtigen. (TZ 6)	x	x	
(4) Im Hinblick auf die langfristige Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung wäre das Kriterium für die Anwendung der Mangelfachregelung mit fachspezifischen Kenngrößen zum Ärztebedarf zu konkretisieren. (TZ 7)	x		
(5) Gemeinsam mit den übrigen Vertreterinnen und Vertretern in der Kommission für die ärztliche Ausbildung wären die Arbeiten am bundesweiten Prognosetool zum Ärztebedarf konsequent fortzuführen und das geplante Ärzte-Monitoring zeitnah in Betrieb zu nehmen. Das Monitoring wäre für den intramuralen und den extramuralen Bereich zu führen und sollte die besetzbaren und besetzten ärztlichen Planstellen umfassen. (TZ 7)	x	x	



	BMASGPK	DV	GÖG
<p>(6) Neben der Mangelfachregelung wären verstärkt auch die anderen, in der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz identifizierten Handlungsfelder zu bearbeiten, um die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu fördern und eine adäquate Versorgung psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher zu gewährleisten. Insbesondere wäre dabei</p> <ul style="list-style-type: none"> • im Sinne einer multiprofessionellen Versorgung auf eine verbesserte Abstimmung zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit anderen versorgungsrelevanten Gesundheitsberufen wie Psychotherapie und klinische Psychologie, Sozial- und Ergotherapie zu achten, • eine kinder- und jugendpsychiatrische Spezialisierung für andere Sonderfächer wie Kinder- und Jugendheilkunde sowie Allgemeinmedizin und Familienmedizin zu prüfen sowie • auf eine Ausweitung der Präventionsangebote – u.a. in Schulen – hinzuwirken. (TZ 7) 	X		
<p>(7) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten sich im Rahmen der Zielsteuerung dafür einsetzen, die vorgesehene Abstimmung der Planungsinstrumente Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) und Regionale Strukturpläne Gesundheit (RSG) zu gewährleisten. Dies insbesondere durch zeitgerechte Aktualisierung und Verfügbarkeit der ÖSG-Planungsrichtwerte für den nächsten Planungshorizont. (TZ 8)</p>	X	X	
<p>(8) Gemeinsam mit den Ländern wäre auf die Übereinstimmung der Planwerte in den RSG mit den Vorgaben des ÖSG (ÖSG-Planungsrichtwerte) bzw. auf nachvollziehbare Begründungen der Abweichungen in Ausnahmefällen in den Textteilen der RSG hinzuwirken. (TZ 8)</p>	X	X	
<p>(9) Bei Bedarf wären die hierfür (siehe Schlussempfehlung (8)) vorgesehenen Instrumente (u.a. Stellungnahme oder Vetoerklärung) zu nutzen, dies bei Abweichungen der RSG von den ÖSG-Planungsrichtwerten zu begründen und zu dokumentieren. (TZ 8)</p>	X		
<p>(10) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten sich im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern für die Verankerung von Planungsrichtwerten und -grundlagen im ÖSG einsetzen, die bundesweit eine vergleichbare stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung sicherstellen. (TZ 9)</p>	X	X	



	BMASGPK	DV	GÖG
(11) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten sich im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit gemeinsam mit den Ländern vor allem im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie für niedrigere Bandbreiten bei den Soll-Intervallen der Planungsrichtwerte einsetzen, um dem Risiko regionaler Unterversorgung entgegenzuwirken. Darüber hinaus wäre in den ambulanten Planungsrichtwerten eine Differenzierung nach Angebotsart zu prüfen, um sicherzustellen, dass Schwerpunkte der Planung – wie etwa der Ausbau multiprofessioneller Einrichtungen – bundesweit umgesetzt werden. (TZ 9)	X	X	
(12) Die regelmäßige Experteneinbindung und Analyse der Entwicklung der Versorgungsangebote im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand relevanter Indikatoren wären zielgerichtet weiterzuverfolgen. Dazu wäre insbesondere die Expertengruppe für die Versorgungsplanung wieder zu bestellen. (TZ 10)			X
(13) Die Instrumente des ÖSG-Monitorings wären gemeinsam besser zu nutzen, um die Planungsvorgaben präzisieren und deren Umsetzung beobachten zu können. (TZ 12)	X	X	X
(14) Die ÖSG-Monitoringberichte zu den Indikatoren der psychosozialen Versorgung wären aus Transparenzgründen zu veröffentlichen. (TZ 12)	X		X
(15) Die im Vereinbarungsumsetzungsgesetz 2024 vorgesehenen Änderungen für Wahlärztinnen und Wahlärzte bei der Kostenrückerstattung, Diagnosen- und Leistungserfassung und bei der Verwendung der eCard wären dafür zu nutzen, die Datenlage zur Anzahl und Versorgungswirksamkeit der in der Kinder- und Jugendpsychiatrie tätigen Wahlärztinnen und Wahlärzte zu verbessern. (TZ 12)	X	X	X
(16) Auf die künftige Aufnahme von Angaben zum Umsetzungsstand der ÖSG-Planungsrichtwerte in das RSG-Monitoring wäre hinzuwirken. (TZ 13)	X		X
(17) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wären gemeinsam mit den Ländern konkrete Ziele für den bedarfsgerechten Auf- und Ausbau der Versorgung von psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen festzulegen. Dabei wäre auf eine stärkere Verschränkung der Arbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen zu achten. Der Fokus sollte hierbei – in Umsetzung des von der Gesundheit Österreich GmbH entwickelten Modells – auf dem Auf- und Ausbau von multiprofessionellen Einrichtungen, von Modellen für Home Treatment und von kassenfinanzierten Sachleistungen liegen. (TZ 14, TZ 17)	X	X	



	BMASGPK	DV	GÖG
(18) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wären gemeinsam mit den Ländern konkrete, bundesweit einheitliche Kriterien bzw. Mindeststandards für multiprofessionelle Einrichtungen festzulegen; deren bedarfsorientierter Ausbau wäre auf dieser Grundlage voranzutreiben und zu steuern. (TZ 15)	X	X	
(19) Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz und der Dachverband der Sozialversicherungsträger sollten sich gemeinsam mit den Ländern auf eine Definition von Home Treatment einigen und Fragen der organisatorischen Anbindung und Finanzierung sowie der gesetzlichen Rahmenbedingungen klären, um beim geplanten Ausbau dieser Versorgungsform ein bundesweit strukturiertes Vorgehen zu ermöglichen. (TZ 16)	X	X	
(20) Im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit wäre auf einen bedarfsgerechten Ausbau der Sozialversicherungsleistungen in der klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen hinzuwirken. (TZ 18)	X	X	



Kinder- und Jugendpsychiatrie – Versorgungsplanung und Umsetzung



**Rechnungshof
Österreich**

Wien, im August 2025

Die Präsidentin:

Dr. Margit Kraker

Anhang A

Ressortbezeichnung und -verantwortliche

Tabelle A: Gesundheitsministerium im Zeitraum 2017 bis Juli 2025

Zeitraum	Bundesministerien-gesetz-Novelle	Ressortbezeichnung	Bundesminister/in
1. Juli 2016 bis 7. Jänner 2018	BGBl. I 49/2016	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen	1. Juli 2016 bis 23. Februar 2017: Dr. ⁱⁿ Sabine Oberhauser, MAS
			24. Februar 2017 bis 7. März 2017: Alois Stöger, diplomé (betraut)
			8. März 2017 bis 18. Dezember 2017: Dr. ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc
			18. Dezember 2017 bis 8. Jänner 2018: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein
8. Jänner 2018 bis 28. Jänner 2020	BGBl. I 164/2017	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz	8. Jänner 2018 bis 22. Mai 2019: Mag. ^a Beate Hartinger-Klein
			22. Mai 2019 bis 3. Juni 2019: Dr. Walter Pöltner
			3. Juni 2019 bis 7. Jänner 2020: Mag. ^a Dr. ⁱⁿ Brigitte Zarfl
			7. Jänner 2020 bis 29. Jänner 2020: Rudolf Anschöber
29. Jänner 2020 bis 31. März 2025	BGBl. I 8/2020	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	29. Jänner 2020 bis 19. April 2021: Rudolf Anschöber
			19. April 2021 bis 8. März 2022: Dr. Wolfgang Mückstein
			8. März 2022 bis 3. März 2025: Johannes Rauch
			3. März 2025 bis 2. April 2025: Korinna Schumann
seit 1. April 2025	BGBl. I 10/2025	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz	seit 2. April 2025: Korinna Schumann

Quelle: Parlament; Zusammenstellung: RH



Anhang B

Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger

Anmerkung: im Amt befindliche Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger
in **Fettdruck**

Gesundheit Österreich GmbH

Geschäftsführung

Ao. Univ.-Prof. Dr. Herwig Ostermann

(seit 29. August 2016)

R — H

