

Diplomarbeit

**Vergleich psychiatrischer Ausbildung und
PatientInnenversorgung in Norwegen und Österreich
anhand von Literaturrecherche und
ExpertInneninterviews**

eingereicht von

Sophia Katsoulis

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)**

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

unter der Anleitung von

Assoc. -Prof. in Priv.-Doz.in Dr.in med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus

Ass.Dr.in med.univ. Frederike Fellendorf

Graz, 21.08.2017

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 21.08.2017

Sophia Katsoulis eh

Danksagungen

Ich möchte hiermit an erster Stelle meinen beiden Betreuerinnen für die Hilfe bei der Themensuche, der großartigen Unterstützung in der Entstehung der Arbeit und der wahnsinnig schnellen und hilfreichen Beantwortung zahlreicher Fragen und E-Mails danken. Mir ist klar, dass diese Art der Betreuung keine Selbstverständlichkeit ist und ich wusste diesen Einsatz zu jeder Zeit unserer Kooperation sehr zu schätzen.

Meine Freunde und Studienkollegen haben durch ihren emotionalen Beistand in schwierigen und frustrierenden, aber auch in lustigen und schönen Momenten sowohl zur Entwicklung dieser Arbeit beigetragen als auch meine Studienzeit sehr bereichert. Für diese Art von Rückhalt bin ich unendlich dankbar.

Zu guter Letzt sollen hier meine Eltern erwähnt werden, die mir das Medizinstudium zweihundert Kilometer von Zuhause entfernt überhaupt erst ermöglicht und mich in meinem Lebensweg immer unterstützt haben.

Zusammenfassung

Grundlagen: Die Staaten Österreich und Norwegen unterscheiden sich in den Bereichen der Bevölkerungsdichte und dem BIP stark voneinander. Auch die Gesundheitssysteme sind verschieden aufgebaut. Dieser Umstand resultiert in weiterer Folge in einer unterschiedlichen Herangehensweise an den stetig in beiden Ländern steigenden Bedarf an Versorgungsmöglichkeiten im Fachbereich Psychiatrie. Die Ausbildungswege zum Facharzt/der Fachärztin für Psychiatrie gestalten sich in ihrer Grundstruktur ähnlich, die Spezialisierung erfreut sich hingegen wesentlich höherer Beliebtheit in Norwegen. In dieser Arbeit wird versucht Stärken und Schwächen beider Länder im Bereich Psychiatrie aufzuzeigen und mögliche Lösungsvorschläge zu bieten.

Methoden: Die Grundlagen der Gesundheitssysteme und aktuelle Zahlen zur PatientInnenversorgung sowie der Aufbau der Ausbildung für PsychiaterInnen wurden in einer systematischen Literaturrecherche ermittelt. In ExpertInneninterviews mit ÄrztInnen unterschiedlicher Ausbildungsstufen im Fachbereich Psychiatrie aus Österreich und Norwegen (n=12) wurden jeweils vor Ort deren Erleben und die Zufriedenheit mit Studium, Facharztausbildung, Arbeitsverhältnissen und PatientInnengut erfragt. Die Auswertung erfolgte deskriptiv beziehungsweise mittels non-parametrischer Tests in SPSS.

Ergebnisse: Es zeigten sich für Norwegen in den Kategorien Schichtdienstdauer, Zufriedenheit mit verfügbarer Freizeit, finanziellen Förderungen für Forschung und Kongresse, Gehalt, Möglichkeiten Kongresse zu besuchen und Menge an Fortbildungen signifikant bessere Ergebnisse. Hinzu kamen mehr finanzielle Förderungen für die Psychotherapieausbildung zum Zeitpunkt der Absolvierung sowie deren fixe Integration in die Arbeitszeit. Außerdem wurde die Angemessenheit der Liegedauer von PatientInnen von den norwegischen Befragten öfter für angemessen gehalten als von ihren österreichischen KollegInnen.

Diskussion: In den PatientInneninterviews wurden teilweise subjektiv bessere Arbeitsbedingungen im Fachgebiet Psychiatrie in Norwegen im Vergleich zu Österreich aufgezeigt. Die kleine Stichprobengröße der Interviews führt als Limitation dieser Arbeit zu einer Schwächung der Aussagekraft der Ergebnisse. Dennoch werden in Zusammenschau mit der Literatur durch sie bestimmte Problempunkte deutlich. Mehr finanzielle Förderungen für Forschung und Weiterbildung würden möglicherweise die Attraktivität der Fachrichtung Psychiatrie für JungärztInnen steigern und gleichzeitig die Durchführung wissenschaftlicher Arbeit auf diesem Gebiet erhöhen. Durch Stärkung der Primärversorgung könnten durch frühere Diagnostik und Behandlung psychischer Leiden Kosten langfristig gesenkt werden

und durch eine Verbesserung der Organisationsstruktur des Gesundheitssystems wäre es möglich eine bessere Verteilung der Anbieter zu erreichen und somit eine homogene Versorgung zu gewährleisten. Zuletzt sollte auch die Stigmatisierung psychiatrischer Leiden in der Bevölkerung bekämpft und das Bewusstsein für deren Ernsthaftigkeit gefördert werden.

Abstract

Background: There is a wide difference between Austrian and Norwegian population densities and gross domestic products. Also, their health systems show a lot of variation between them. As a result, the two states show different strategies to provide sufficient services for a steadily increasing demand for psychiatric care, which exists in both countries. Systems of education for psychiatric specialists are similar. Nevertheless, the field is much more popular in Norway. This work tries to assess strengths and weaknesses of both countries concerning psychiatric education and care and to find possible solutions for existing problems.

Methods: In a literature research the health systems, provision and demand of mental health care, medical studies and specialist's training programs for psychiatry in Austria and Norway are reviewed. Furthermore, expert interviews (n=12) of doctors working at psychiatric departments in Austria or Norway are executed on-site. Issues like medical studies, specialist's training, working situation and patients are raised to get an insight on the situation and their satisfaction with it. The participant's answers are analyzed in descriptive data analysis and non-parametric tests in SPSS.

Results: The Norwegian participants showed higher satisfaction with the provision of free time and sponsorships for research and congresses. Moreover, they had significantly shorter shifts, higher salaries and more possibilities to visit congresses and further trainings. Besides that, psychotherapy training was more often paid and integrated into working hours than for their Austrian colleagues.

Discussion: The expert interviews partly exhibited subjectively better working conditions for the Norwegian psychiatrists compared to the ones from Austria. Because of the small sample size, the results cannot be considered significant. Nevertheless, a synopsis of interviews and literature indicates certain issues for Austria. First, better financial support of research and further education could raise interest in the specialty of psychiatry and at the same time increase scientific work in this field. Another important point is that the primary care sector must be strengthened, for instance by establishing gatekeeping mechanisms exemplified by the Norwegian system, to increase efficiency and lower long-term cost. Moreover, restructuring and simplifying of the health care system in general could improve the distribution of psychiatric care providers. At last, Austria needs to reduce stigma of psychiatric diseases and at the same time raise the awareness of severity of issues among the population.

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	v
Inhaltsverzeichnis	vi
Glossar und Abkürzungen	ix
Abbildungsverzeichnis	xi
Tabellenverzeichnis	xii
1 Einleitung	1
2 Grundlagen	2
2.1 Bevölkerung und Wirtschaft	2
2.2 Gesundheitssysteme	3
2.2.1 Historischer Hintergrund des österreichischen Gesundheitssystems	3
2.2.2 Historischer Hintergrund des norwegischen Gesundheitssystems	4
2.2.3 Organisation des österreichischen Gesundheitssystems	5
2.2.4 Organisation des norwegischen Gesundheitssystems	7
2.2.5 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems	10
2.2.6 Finanzierung des norwegischen Gesundheitssystems	11
2.2.7 Zugang zu medizinischen Leistungen in Österreich	12
2.2.8 Zugang zu medizinischen Leistungen in Norwegen	13
2.3 Psychiatrische PatientInnenversorgung	14
2.3.1 Vorkommen von psychiatrischen Erkrankungen und Selbstmorden in Österreich	14
2.3.1.1 Selbstmorde in Österreich	18
2.3.2 Vorkommen von Psychiatrischen Erkrankungen in Norwegen	19
2.3.2.1 Selbstmorde in Norwegen	22
2.3.3 Angebot an psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Österreich	22
2.3.3.1 Stationäre Einrichtungen	22

2.3.3.1.1	Unterbringungen nach Unterbringungsgesetz	23
2.3.3.2	Außerstationäre Versorgung und Nachbetreuung	25
2.3.3.2.1	Spitalsambulanzen.....	25
2.3.3.2.2	niedergelassene FachärztInnen.....	26
2.3.3.2.3	PsychotherapeutInnen	26
2.3.3.2.4	Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen	28
2.3.3.2.5	Extramurale Versorgung	28
2.3.4	Angebot an psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Norwegen	29
2.3.4.1	Stationäre Einrichtungen	29
2.3.4.1.1	Zwangsuntersuchung, -observation und -behandlung.....	31
2.3.4.2	Außerstationäre Versorgung und Nachbetreuung	33
2.3.4.2.1	Psychiatrische Ambulanzen	33
2.3.4.2.2	Niedergelassene FachärztInnen.....	34
2.3.4.2.3	PsychotherapeutInnen	35
2.3.4.2.4	Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen	36
2.3.4.2.5	Komplementäre Dienste	37
2.4	Psychiatrische Ausbildung	38
2.4.1	Medizinstudium in Österreich	38
2.4.2	Medizinstudium in Norwegen	39
2.4.3	Basisausbildung in Österreich	40
2.4.4	Basisausbildung in Norwegen	40
2.4.5	Facharztausbildung in Österreich.....	41
2.4.6	Facharztausbildung in Norwegen.....	42
3	Fragestellungen	43
4	Material und Methoden	44
4.1	Literaturrecherche	44
4.1.1	Auswertung	44
4.2	ExpertInneninterviews	44

4.2.1 Auswertung	46
5. Ergebnisse	47
5.1 Studium	47
5.2 Facharztausbildung.....	48
5.3 Arbeitszeit	49
5.4 Gehalt	50
5.5 Arbeitsbelastung und Freizeit.....	50
5.6 Mentoring- und Supervisionsprogramme.....	51
5.7 Zeit für PatientInnenbetreuung.....	52
5.8 Forschung	53
5.9 Kongresse und Fortbildungen	55
5.10 Psychotherapieausbildung	56
5.11 PatientInnengut.....	57
6 Diskussion	58
Limitationen und Stärken	62
Conclusio.....	63
Literaturverzeichnis.....	64
Anhang Fragebogen	70

Glossar und Abkürzungen

BIP	Bruttoinlandsprodukt
USD	United States Dollar
EU	Europäische Union
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
SVB	Sozialversicherungsanstalt der Bauern
SVA	Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft
BVA	Sozialversicherung öffentlich Bediensteter
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ARGE	Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich
RHA	Regional Health Authorities
KS	Kommunesektorens Organisasjon
USA	United States of America
NOK	Norwegische Krone
HIV	Human Immuno Deficiency Virus
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
ICD	International Statistical Classification of Diseases
SSB	Statistisk Sentralbyrå
WHO	World Health Organisation
DSM	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
PSY	Psychiatrie und Psychotherapie
BMZ	Bettenmessziffer
UbG	Unterbringungsgesetz

DPS	Distriktpsykiatriske Senter
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
phvl	psykisk helsevernloven
albhl	alternativ behandlingsloven
hpl	helsepersonellloven
NFP	Norsk Forbund for Psykoterapi
UG	Universitätsgesetz
ECTS	European Credit Transfer System
KPJ	Klinisch praktisches Jahr
OSCE	Objective Structural Clinical Examination
NTNU	Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
ÄAO	Ärzteausbildungsordnung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Akteure des norwegischen Gesundheitssystems	9
Abbildung 2. F-Hauptdiagnosen in Österreich in Absolutzahlen.	15
Abbildung 3. F-Hauptdiagnosen an psychiatrischen Abteilungen Österreichs	15
Abbildung 4. Spitalsentlassungen in Österreich.	16
Abbildung 5. Aufenthaltsdauer von PatientInnen mit F-Hauptdiagnose in Österreich.	17
Abbildung 6. Krankenstandstage pro Krankenstandsfall in Österreich	17
Abbildung 7. Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Frühpensionierungen in Österreich ...	18
Abbildung 8. Suizide und Selbstbeschädigungen in Österreich in Absolutzahlen.	18
Abbildung 9. Suizide und Selbstbeschädigungen in Österreich	19
Abbildung 10. Konsultationsgründe für AllgemeinmedizinerInnen in Norwegen	21
Abbildung 11. Selbstmorde in Norwegen.	22
Abbildung 12. Unterbringungen ohne Verlangen (UoV), Anhörungen und Verhandlungen. .	24
Abbildung 13. Anzahl Unterbringungen in Österreich	25
Abbildung 14. Anzahl PsychotherapeutInnen in Österreich	27
Abbildung 15. Aufteilung psychiatrischer Betten auf die Gesundheitsregionen Norwegens..	30
Abbildung 16. Anzahl psychiatrischer Betten in Norwegen.....	31
Abbildung 17. Zwangsobservationen und -behandlungen in Norwegen	33
Abbildung 18. Konsultationen in psychiatrischen Ambulanzen in Norwegen.	34
Abbildung 19. Neu als Gesundheitspersonal autorisierte PsychologInnen in Norwegen.....	37
Abbildung 20. Studium	47
Abbildung 21. Facharztausbildung	48
Abbildung 22. Arbeitsstunden.....	49
Abbildung 23. Schichtdienste	49
Abbildung 25. Arbeitsbelastung und Freizeit.	51
Abbildung 26. Mentoringprogramme und Supervisionsgruppen.....	52
Abbildung 27. Zeit für PatientInnen	53
Abbildung 28. Forschungsmöglichkeiten und deren finanzielle Förderungen.....	54
Abbildung 29. Kongresse und deren finanzielle Förderungen.....	55

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Krankheitsfälle psychiatrischer Diagnosen in Österreich	14
Tabelle 2. Lebenszeitprävalenz psychiatrischer Diagnosen in Norwegen	20
Tabelle 3. Angebote psychiatrischer Ambulanzen in den Bundesländern	26
Tabelle 4. Versorgungssituation sozialpsychiatrischer Einrichtungen	29
Tabelle 5. Niedergelassene FachärztInnen für Psychiatrie in Norwegen.....	35
Tabelle 6. Alter, Anzahl der Jahre im derzeitigen Berufsstand und benötigte Zeit für das Medizinstudium der Befragten.....	45
Tabelle 7. Geschlechterverteilung der Befragten in Häufigkeiten und Prozent.....	45
Tabelle 8. Antworten zur Zeit für die PatientInnenbetreuung.....	52
Tabelle 9. Antworten zu Forschung während ihrer Arbeitszeit und Freizeit	53
Tabelle 10. Antworten zur Psychotherapieausbildung.....	56
Tabelle 11. Antworten zu subjektiver Empfindung des PatientInnenguts	57

1 Einleitung

Es ist kein Geheimnis, dass die Anzahl psychiatrischer PatientInnen weltweit von Jahr zu Jahr zunimmt, so auch in Österreich. Gleichzeitig stellt diese Erkrankungsgruppe hohe Anforderungen an das Gesundheitssystem, geht es nun um den oftmaligen Bedarf der Langzeitbetreuung oder die häufig schwierige Wiedereingliederung in Alltag und Beruf, nicht zu vergessen die Kosten langer stationärer Aufenthalte und Krankenstände. Zudem führt die unter der Bevölkerung immer noch weit verbreitete Stigmatisierung psychisch Erkrankter oftmals zu einer Verzögerung von Diagnosestellung und Behandlung und in weitere Folge zur Chronifizierung. In Anbetracht dessen stellt sich die Frage ob die Versorgung dieser PatientInnen in Österreich ausreichend ist und den steigenden Bedarf decken kann. Da Skandinavien für die Priorisierung und den hohen Stellenwert der Psychiatrie weitreichend bekannt ist, eignete sich mein bereits geplantes Auslandssemester in Trondheim in Norwegen perfekt, um einen Ländervergleich zwischen Österreich und Norwegen zu diesem Thema durchzuführen. Mein Fokus richtete sich hierbei auf mögliche Unterschiede in Gesundheitssystemen, Angebot und Bedarf psychiatrischer Versorgungseinrichtungen, die Ausbildung von MedizinstudentInnen und FachärztInnen für Psychiatrie sowie deren Arbeitsverhältnisse. Letztere ließen sich in ExpertInneninterviews mit norwegischen und österreichischen ÄrztInnen gut ermitteln und ich bekam so einen sehr authentischen und persönlichen Einblick in den Alltag und die Probleme des Berufsstandes und zudem Ideen für mögliche Verbesserungsvorschläge, um eine zukünftige Überforderung des österreichischen Systems zu vermeiden.

2 Grundlagen

2.1 Bevölkerung und Wirtschaft

Die Republik Österreich bestehend aus neun Bundesländern hat eine Fläche von 83.879 km² und liegt mit für das Jahr 2016 geschätzten 8.683.000 EinwohnerInnen und einer Bevölkerungsdichte von 103.5/km² in etwa im europäischen Mittelfeld [1].

Der weibliche Part der Bevölkerung überwog 2016 dabei in der Prognose mit einem Anteil von 51.0% und einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 84 Jahren leicht den männlichen Anteil, der laut Schätzung bei 49.0% und 79.2 Jahren liegt [2].

Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) des mitteleuropäischen Binnenstaates betrug im Jahr 2014 437.6 Milliarden US-Dollar (USD) und landet damit innerhalb der Europäischen Union (EU) auf Platz vier, während das durchschnittliche Äquivalenznettogesamteinkommen mit 26.080 Euro Platz fünf belegt [3].

Im Vergleich dazu hat das Königreich Norwegen mit 385.178 km² zwar eine mehr als viermal größere Fläche als Österreich, mit 5.152.000 EinwohnerInnen jedoch eine deutlich geringere Bevölkerungszahl. Die Besiedelungsdichte ist mit 13.1/km² nach Island die zweitgeringste Europas [1].

Der männliche Bevölkerungsanteil betrug 2016 50.3 %, der der Frauen 49.7% [4]. Die Lebenserwartung war im selben Jahr mit 80.4 Jahren für Männer und 84.4 Jahren für Frauen etwas höher als in Österreich [5].

Norwegen ist kein Mitglied der EU, hat jedoch durch die Teilnahme am Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und dem Schengen-Abkommen eine enge Verbindung zum Staatenbund [6].

Die wirtschaftliche Lage des Landes änderte sich in den 1970er Jahren drastisch als in der Nordsee beträchtliche Mengen Erdöl entdeckt wurden. Lag das Wirtschaftswachstum Norwegens zuvor nur knapp unter dem OECD-Durchschnitt wuchs es nach dem Fund auf eines der reichsten Nationen der Welt an [7]. Im Jahr 2014 betrug das BIP in Norwegen 500.5 Milliarden USD [8] und das durchschnittliche Äquivalenznettogesamteinkommen gilt mit 46.968 Euro als höchstes im Vergleich mit EU-Staaten [3].

2.2 Gesundheitssysteme

2.2.1 Historischer Hintergrund des österreichischen Gesundheitssystems

Die Entwicklung des österreichischen Gesundheitssystems geht auf die Zeit der österreichisch-ungarischen Monarchie im 19. Jahrhundert zurück. Im Zuge des damaligen Wohlstandsstaates wurde über die Einführung von verpflichtenden Kranken- und Untersuchungskassen, die durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanziert werden sollten, diskutiert. Das wenige Jahre später verabschiedete Reichssanitätsgesetz bildete die rechtliche Grundlage für den öffentlichen Gesundheitsdienst durch eine Bestimmung der wichtigsten Pflichten im Bereich der sanitären Aufsicht und Seuchenhygiene [9].

In den Jahren 1887 und 1888 wurden schließlich Unfall – und Krankenversicherung für ArbeiterInnen nach dem Prinzip der Bismarck'schen Sozialpolitik eingeführt. Diese gewährleistete freie ärztliche Behandlung, Medikamente und Krankengeld sowie eine Verletzten- und Hinterbliebenenrente. Nach dem Untergang der Monarchie und unter der Entstehung der Sozialdemokratie hatten alle in einem Arbeits-, Dienst- oder Lohnverhältnis stehenden BürgerInnen sowie deren Familienmitglieder das Recht auf eine Krankenversicherung. 1930 waren damit bereits 60% der Bevölkerung Österreichs versichert [9].

In der Zeit der Nationalsozialismus erfuhr das Gesundheitssystem einige Umstellungen und war unter anderem geprägt von der sogenannten „Erbgesundheitspolitik“, die es ermöglichte Sterilisierungen durchzuführen und Eheverbote zu verhängen, sollten gewisse Erkrankungen vorliegen. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde im Jahre 1955 das allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) verabschiedet, das das Recht auf Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung für ArbeiterInnen sowie Angestellte in den Sektoren Gewerbe, Bergbau, Industrie, Verkehr, Handel und Land- und Forstwirtschaft ausführte [9].

In den darauffolgenden Jahren wurde unter anderem mit dem Bauern- und Beamtenkrankenversicherungsgesetz der Zugang zu medizinischen Leistungen erweitert und auch Gesundenuntersuchungen und Rehabilitation der Bevölkerung zugänglich gemacht. Im Jahre 1980 waren nun bereits 96% der ÖsterreicherInnen versichert und das System wurde bis heute immer weiter ausgebaut [9].

2.2.2 Historischer Hintergrund des norwegischen Gesundheitssystems

Mitte des 18. Jahrhunderts praktizierte erstmals eine nennenswerte Anzahl an ÄrztInnen in Norwegen, die allerdings bis zu einem Jahrhundert später eine Dichte von einem/r MedizinerIn auf 5.000 EinwohnerInnen nicht überstieg. Zu Beginn der Entwicklung des Gesundheitssystems spielten die Gemeinden und ehrenamtlichen Organisationen eine wichtige Rolle in der Bereitstellung von medizinischer Versorgung für die damals hauptsächlich in abgelegenen ländlichen Gegenden und in ärmlichen Verhältnissen lebende Bevölkerung. Beispielsweise wurde ab 1836 vom Staat medizinisches Personal im Zuge der präventiven Gesundheitsvorsorge in den Distrikten und in einigen Gemeinden auch ÄrztInnen für die Bedürftigen und Kranken bereitgestellt.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts und dem gleichzeitigen Wachstum der Bevölkerung und der Industrialisierung wurden vor allem in Städten einige Krankenhäuser gebaut und das Krankenversicherungssystem begann sich zu entwickeln. Mit der Ärzteverordnung von 1912 wurde festgelegt, dass jede/r norwegische BürgerIn, ungeachtet dessen/deren Einkommens, das gleiche Recht auf ärztliche Versorgung erhält.

Nach Ende des zweiten Weltkrieges kam es dann zur Einführung eines nationalen Versicherungsplans, der vorsah, dass jedem/r EinwohnerIn gleichermaßen ein Minimum an sozialer Sicherheit gewährt wird. Zu dieser Zeit wurden außerdem Spitäler ausgebaut und das Angebot an Ambulanzen wurde verstärkt. Organisatorisch kam es zu Veränderungen in Richtung Dezentralisierung und die Verantwortung für die medizinische Versorgung wurde auf die Gemeinden übertragen. Dies war einerseits ein Ausdruck der Demokratie mit dem Argument die Entscheidungsgewalt näher an das vor Ort betroffene Volk zu bringen, andererseits sollte es die Verwaltung des Systems vereinfachen. Bis heute ist es allerdings ein Schweres für die Regierung diese Abgabe an Verantwortung mit der Sicherstellung des ungehinderten Zugangs für alle BürgerInnen zu vereinbaren. Im Jahr 2002 wurde im Zuge der norwegischen Spitalsreform die Verantwortung für Krankenhäuser auf fünf regionale Gesundheitsbehörden aufgeteilt, die mittlerweile auf vier verringert wurden [10].

2.2.3 Organisation des österreichischen Gesundheitssystems

Grundsatz des österreichischen Gesundheitssystems ist der uneingeschränkte Zugang aller BürgerInnen zu allen Bereichen medizinischer Leistungen und die freie Arztwahl, was sowohl AllgemeinmedizinerInnen als auch niedergelassene FachärztInnen, Ambulanzen und Ambulatorien umfasst [9].

Das Sozialversicherungssystem basiert auf dem Prinzip der Pflichtversicherung, wodurch Erwerbstätige, deren Familienangehörige, LebenspartnerInnen sowie durch zusätzliche Regelungen auch PensionistInnen und Arbeitslose kranken-, unfall- und pensionsversichert sind. 99% der Bevölkerung sind dadurch abgedeckt, etwa zwei Drittel noch zusätzlich privat versichert [9].

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist die höchste Institution im Gesundheitswesen und spielt vor allem durch die Pflichten der Aufsicht und des Gesetzesvollzuges in Belangen der medizinischen Versorgung und Ausbildung eine wichtige Rolle. Viele weitere Institutionen stehen dem BMG auf Bundesebene zur Seite. Bei der Bundesgesundheitsagentur beispielsweise handelt es sich um einen öffentlich-rechtlichen Fonds, der eine wichtige Position in der Organisation, Regelung und Finanzierung des gesamten Systems einnimmt, unter anderem durch die Verteilung finanziellen Kapitals an die Landesgesundheitsfonds. Die ausführende Institution der Bundesgesundheitsagentur ist die Bundesgesundheitskommission, die aus VertreterInnen aller AkteurInnen des Gesundheitswesens besteht [9].

Es existieren zudem viele Organe mit beratender Funktion. So zum Beispiel der Oberste Sanitätsrat, der den BMG in gesundheitlichen - und die Bioethikkommission, die den/die BundeskanzlerIn in ethischen Fragen im Bereich Medizin unterstützt. Auch weitere Ministerien wie das Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung oder das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz haben Anteil am Gesundheitssystem [9].

Den Bundesländern obliegen die Aufgaben für ausreichende stationäre Versorgung an den Krankenanstalten zu sorgen und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu verwalten. Jener wird vielfach von AmtsärztInnen beziehungsweise in den Gemeinden von Gemeinde – oder

SprengeIärztInnen ausgeführt und beinhaltet behördliche Arbeiten sowie Beratung und Betreuung, beispielsweise bei Schwangerschaft oder Impfungen [9].

In Österreich existieren 19 Krankenversicherungsträger, deren Einteilung nach Ländern und nach Berufsgruppen erfolgt. Die neun Gebietskrankenkassen – je eine pro Bundesland – haben eine sogenannte „Generalkompetenz“, das heißt, dass sie dafür zuständig sind BürgerInnen, für die keine andere Krankenkasse zuständig ist, zu versichern. Die Sozialversicherungsanstalt der Bauern (SVB) und die der gewerblichen Wirtschaft (SVA) sowie die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen & Bergbau und öffentlicher Bediensteter (BVA) versorgen die jeweiligen Berufsgruppen. Sechs österreichische Unternehmen besitzen eigene Betriebskrankenkassen. Weitere drei Sozialversicherungsträger in den Bereichen der Pensions- und Unfallversicherung führen zu einer Gesamtzahl von zweiundzwanzig Trägern, die alle dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger unterstehen [9].

Die österreichische Gesundheitsversorgung wird im nicht-stationären Bereich zwischen Sozialversicherungsträgern und den Berufsvertretungen der Gesundheitsberufe diskutiert. In diesen Verhandlungen werden Gesamtverträge, die Honorare und Leistungen für die jeweilige Berufsgruppe enthalten, abgeschlossen [9].

Bei der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK), aufgeteilt auf neun Kammern in den Bundesländern, handelt es sich um die Berufsvertretung der ÄrztInnen. Die Mitgliedschaft ist verpflichtend. Prämisse zur selbstständigen Ausübung des ärztlichen Berufes ist die Eintragung in die sogenannte Ärzteliste der ÖÄK [9].

Neben den ÄrztInnen, die einen Vertrag mit einer oder mehreren österreichischen Krankenkassen haben können PatientInnen auch WahlärztInnen, also solche ohne einen Kassenvertrag konsultieren. Hierbei wird von den PatientInnen eine Ausbezahlung des Honorars abverlangt, wovon allerdings ein Teil nachträglich von den Krankenkassen eingefordert werden kann [9].

Weitere verpflichtende Interessensvertretungen sind die Österreichische Zahnärztekammer, die Österreichische Apothekerkammer und das Österreichische Hebammengremium. Neben diesen existieren noch einige freiwillige Vereinigungen wie beispielsweise der Österreichische Gesundheits- und Krankenpflegeverband der Pflegeberufe oder der

Berufsverband österreichischer PsychologInnen. Im Gegensatz zu den rechtlichen Interessensvertretungen haben diese jedoch nur zum Teil Kollektivvertragsfähigkeit und senden gewählte Verantwortliche, die sie in den Verhandlungen mit den Sozialversicherungsträgern vertreten [9].

Einen unersetzlichen Teil des Gesundheitssystems leisten außerdem wohltätige Organisationen, soziale Dienste und Selbsthilfegruppen, die Bedürftige BürgerInnen mit Leistungen versorgen. Dazu gehören unter anderem das Österreichische Rote Kreuz, die Caritas, die Volkshilfe, die Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Österreich (ARGE), PatientInnenanwaltschaften und –vertretungen und viele mehr [9].

2.2.4 Organisation des norwegischen Gesundheitssystems

Im Staat Norwegen gilt das Gesundheitssystem als semi-dezentralisiert. Das Gesundheitsministerium (Helse- og omsorgsdepartementet) nimmt hierbei die zentrale Rolle ein. Es ist für die Gesundheitspolitik des Landes und die Ausarbeitung von Reformen und Gesetzesvorschlägen zuständig. Außerdem verfügt es über die vier regionalen Gesundheitsbehörden und somit über die fachärztliche Versorgung. Es hat die Verantwortung das System zu steuern und zu überwachen, was es mit Hilfe von zahlreichen untergeordneten Ämtern bewerkstelligt. Das Gesundheitsdirektorat beispielsweise berät zentrale Behörden, Gemeinden, die regionalen Gesundheitsbehörden und ehrenamtliche Organisationen. Zudem setzt es die staatliche Gesundheitspolitik um, entwirft Verordnungen, Richtlinien und Kampagnen, und ist für Direktzahlungen an diverse Gesundheitsdienstleister zuständig.

Zusätzlich gibt es das staatliche Amt für Gesundheitskontrolle, das sich mit der allgemeinen Supervision der Gesundheits- und Sozialdienste und dem Bedarf der Bevölkerung nach diesen beschäftigt [10].

Weitere Behörden, die dem Gesundheitsministerium unterstehen sind das nationale Institut für öffentliche Gesundheit, das sich der Aufzeichnung und Weiterentwicklung der Bereiche Epidemiologie, Kontrolle von Infektionskrankheiten, Umweltmedizin, Toxikologie und Drogenmissbrauch widmet, die norwegische Arzneimittelbehörde, die sowohl für die Überwachung der Produktion, dem Marketing und der Effizienz von Medikamenten als auch für deren Zulassung und Preisfestsetzung zuständig ist, die norwegische Strahlenschutzbehörde, das biotechnische Beratungsgremium und einige mehr [10].

Eine Besonderheit des norwegischen Gesundheitswesens sind die vier regionalen Gesundheitsbehörden (RHAs). Hierbei wird das Land in die vier Regionen Nord- („Helse Nord“), Zentral- („Helse Midt Norge“), West- („Helse Vest“) und Süd-Ost-Norwegen („Helse Sør-Øst“) aufgeteilt. Letztere ist die bevölkerungsstärkste Region und beinhaltet die Hauptstadt Oslo [10].

Ihre Aufgabe liegt darin den Bedarf der Bevölkerung an fachärztlicher Versorgung zu decken. Dazu werden sie mit der Verwaltung von niedergelassenen FachärztInnen, Krankenanstalten, Laboren, Röntgeninstituten, Ambulanzen und Versorgungsstellen für Alkohol- und Drogenabhängige betreut [10].

Während auf Bezirksebene lediglich über die zahnärztliche Betreuung verfügt wird, obliegt den Gemeinden ein sehr großer Zuständigkeitsbereich. Sie sind für die Bereitstellung der ärztlichen Grundversorgung und damit der niedergelassenen AllgemeinmedizinerInnen sowie Rehabilitationszentren, Physiotherapie, Pflege – und Notfalldienste sowie für die Prävention verantwortlich. Da sie dabei keiner direkten Kontrolle oder gar Befehlen von höheren Behörden unterstehen genießen die Gemeinden in der Umsetzung dieser Aufgabe viele Freiheiten [10].

Gewinnorientierte private Unternehmen spielen im norwegischen Gesundheitswesen eine nur geringe Rolle. Es handelt sich hierbei hauptsächlich um Labore und radiologischen Zentren. Nur ein kleiner Teil der Spitalsbetten stammt von privaten Anbietern. Einen wichtigen Beitrag in diesem Bereich leisten AllgemeinmedizinerInnen, die größtenteils selbstständig in Gruppenpraxen von zwei bis sechs ÄrztInnen tätig sind. Allerdings hat die Mehrheit dieser Verträge mit den zuständigen Gemeinden, was sie in den öffentlichen Sektor mit einbezieht. Ähnlich verhält es sich mit Ordensspitälern und anderen gemeinnützigen Einrichtungen, die durch eine Stiftung unterhalten werden und somit ebenfalls der Allgemeinheit zur Verfügung stehen [10].

Die meisten Angestellten Norwegens sind MitgliederInnen in einer Gewerkschaft, so auch in Gesundheitsberufen Beschäftigte. Die wichtigsten dieser Organisationen sind die norwegische ÄrztInnenkammer, ZahnärztInnenkammer, der Pflegeverband und die PsychologInnenkammer. Diese Vereinigungen fungieren nicht nur als

Interessensvertretungen, sondern auch als Fachverbände, die sich mit Belangen bezüglich ihrer Berufsgruppe, wie beispielsweise Ausbildung und ethischen Fragen befassen [10].

Es gibt zwei große Arbeitgeberverbände in denen die norwegischen Gesundheitsversorger Mitglied sind. Die Organisation Spekter, die neben vielen Unternehmen private und öffentliche Krankenanstalten vertritt und KS (Kommunesektorens Organisasjon), die alle Gemeinden und Bezirke Norwegens sowie ungefähr 500 staatliche Unternehmen zu ihren MitgliederInnen zählt. Zu den Aufgaben von KS zählen das Vorbringen von Interessen ihrer MitgliederInnen gegenüber der Regierung, dem Parlament und anderen Organisationen und wiederum das Informieren der MitgliederInnen von wichtigen Entwicklungen auf staatlicher Ebene, die für sie von Belang sein könnten. Beide Verbände spielen eine wichtige Rolle in den Kollektivvertragsverhandlungen mit den Gewerkschaften der Gesundheitsberufe sowie an der Entstehung von rechtlichen Rahmenbedingungen für Arbeitsverhältnisse [10].

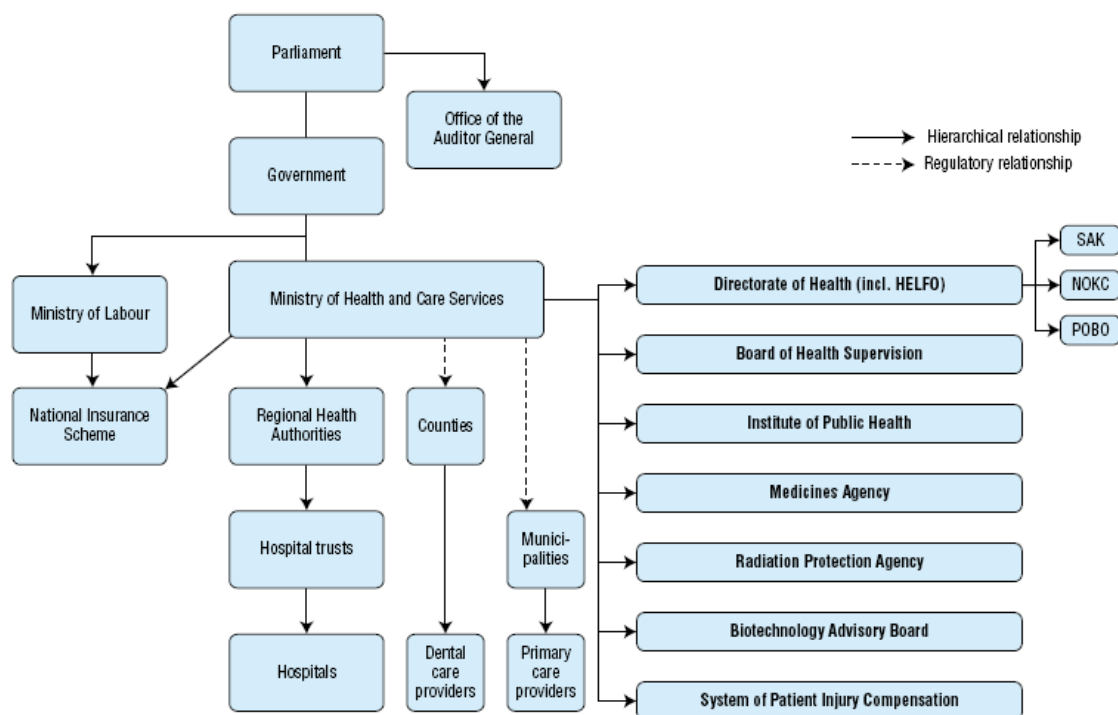


Abbildung 1. Übersicht über die Akteure des norwegischen Gesundheitssystems und deren Beziehungen zueinander.

Anmerkungen: SAK = norwegische Registrierungsbehörde für Gesundheitspersonal, NOKC = norwegisches Kompetenzzentrum für Gesundheitsdienste, POBO = Gesundheits- und Sozialdienstbeauftragter, HELFO = Norwegische Verwaltungsstelle für Gesundheitsökonomie.

Quelle: Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lind hl AK. Norway: Health system review. Health Systems in Transition, 2013.

2.2.5 Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems

Die Finanzierung des österreichischen Gesundheitssystems erfolgt über Steuerzahlungen und Sozialversicherungsbeiträge der EinwohnerInnen. Letztere sind gesetzlich festgelegt und werden bei einem Einkommen über der Geringfügigkeitsgrenze von 415.72€ pro Monat (2016) vom Gehalt abgezogen. Die Höhe der Beiträge für Pensions-, Unfall-, Arbeitslosen- und Krankenversicherung beträgt insgesamt 37.75% des Bruttoeinkommens (Beitragsgrundlage) bei einer Höchstbeitragsgrundlage von 4.860€ (2016). Sie richtet sich also nicht nach einem individuellen Risiko (solidarisches Prinzip). Davon gehen 7.65% an den jeweiligen Krankenversicherungsträger. Die Beitragszahlungen müssen nicht vollständig von ArbeiterInnen und Angestellten geleistet werden, sondern werden in etwa zur Hälfte von den ArbeitgeberInnen übernommen. RentnerInnen leisten Krankenversicherungszahlungen von 5.1% ihrer Pension [11].

Die Beiträge werden teils für die Spitalsfinanzierung, teils für extramurale Gesundheitsleistungen, also niedergelassene ÄrztInnen, selbstständige Ambulatorien und Institute und sonstige Leistungen wie Physiotherapie, Psychotherapie oder Leistungen von Hebammen verwendet. Der zweite wichtige Finanzierungsstrom des Gesundheitswesens kommt aus Steuerzahlungen der Bevölkerung. Diese werden vom Bund über die Bundesgesundheitsagentur auf die neun Landesgesundheitsfonds der Länder aufgeteilt und dienen der Spitalsfinanzierung. Sozialversicherungsbeiträge und Steuern decken etwa 75% der Gesundheitsausgaben und etwa 80% der Ausgaben für Pflege desselben Jahres [9].

Die restlichen Kosten werden zu einem wesentlichen Teil von Zuzahlungen der Bevölkerung geleistet. Dazu zählen Kostenbeiträge bei Spitalsaufenthalten, die sich auf 12 bis 19€ pro Tag belaufen (2016) [12] und die direkt im Krankenhaus bar bezahlt werden. Diese dürfen allerdings höchstens für 28 Tage pro Jahr von dem/r PatientIn erhoben werden, danach werden sie von der Sozialversicherung übernommen. Unter gewissen Umständen, wie einem geringen Einkommen können Personen sich von diesem Kostenbeitrag befreien lassen und bei stationärer Entbindung und Organspende wird dieser generell nicht eingefordert [9].

Auch beim Kauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln muss eine Rezeptgebühr von aktuell 5.70€ (2016) bezahlt werden [12]. Von dieser können sozial Schutzbedürftige wiederum befreit werden [9].

Des Weiteren wird für die e-Card, eine Chipkarte, die die Versicherungsdaten des/r Inhabers/Inhaberin enthält, eine jährliche Servicegebühr von 11.10€ (2016) [12] pro Jahr eingezogen [9].

Das Honorar von ÄrztInnen ohne Kassenvertrag, sogenannten WahlärztInnen, muss aus eigener Tasche beglichen werden, kann aber bis zu 80% von der Krankenkasse rückgefordert werden. Insgesamt beliefen sich die Ausgaben für das österreichische Gesundheitswesen im Jahr 2010 auf 11% des BIP und auf 4.388 USD per capita [9].

2.2.6 Finanzierung des norwegischen Gesundheitssystems

Im Vergleich dazu bezahlten die NorwegerInnen 2010 pro Kopf 5.388 USD – nach den USA am zweitmeisten unter den OECD-Staaten - beziehungsweise 9.4% des BIP für ihre Gesundheitsversorgung [13,14]. Im skandinavischen Land müssen alle EinwohnerInnen sowie alle in Norwegen arbeitenden Personen über das Nationale Sozialversicherungssystem versichert werden [10].

Die Finanzierung des Gesundheitssystems läuft zu etwa 85% über einkommensbezogene Steuerzahlungen. Deren Anteil für die Sozialversicherung beträgt für Angestellte 8.2% des Bruttoeinkommens, für Selbstständige 11.4% mit Ausnahme von in der Fischerei Tätigen, die ebenfalls 8.2% ableisten. PensionistInnen bezahlen 5.1% und Arbeitgeber regional abhängig zwischen 0% und 14.1% [10].

Nicht nur die Landesregierung, sondern auch Bezirke und Gemeinden sind berechtigt Steuern einzuheben und finanzieren dadurch gemeinsam mit staatlichen Zuzahlungen die Primärversorgung. Die RHAs sind allein auf die Geldmittel der Regierung angewiesen und nicht ermächtigt eigens Steuern einzufordern, um die ihnen zugewiesene Aufgabe die fachärztliche Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten zu erfüllen [10].

Etwa 15% der Ausgaben werden durch private Zuzahlungen der PatientInnen („out-of-pocket-payments“) gedeckt [10] und bilden die zweite wichtige Geldquelle für das Gesundheitswesen. So mussten im Jahr 2012 beispielsweise bei jedem Besuch bei dem/r praktischen Arzt/Ärztin von dem/r PatientIn 180 norwegische Kronen (NOK) (24€) entrichtet werden [10]. Fachärztliche Konsultationen kosteten jeweils 307 NOK (41€) und rezeptpflichtige Medikamente bis zu 520 NOK (70€) [10]. Zuzahlungen für Physiotherapie

sind im Preis variabel. Auch für Ambulanzbesuche, Bildgebungsverfahren und Labortests im nicht-stationären Bereich müssen Zuzahlungen geleistet werden [10].

Es besteht allerdings eine Höchstgrenze an Ausgaben pro Person und Jahr. Diese wird alljährlich vom Parlament festgelegt und betrug anno 2012 1.980 NOK (265€) [10], gehaltsunabhängig für jeden. Leistungen für unter 16-Jährige werden dabei in die Ausgaben ihrer Eltern mit eingerechnet. Eine zweite Höchstgrenze wird für private Kosten für Physiotherapie, bestimmte zahnärztliche Behandlungen, Rehabilitationsaufenthalte und Behandlungen im Ausland gesetzt. Diese lag 2012 bei 2.560 NOK (342€) [10]. Nicht inkludiert in diese Limits sind häusliche Pflege für ältere und eingeschränkte Personen und Aufenthalte in Seniorenheimen.

Es existieren einige Ausnahmen für private Zuzahlungen. Kinder unter sieben Jahren sind von Kosten jeglicher ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung sowie notwendiger Medikamente ausgeschlossen. Unter Sechszehnjährigen wird ebenfalls ärztliche Versorgung und Pharmazeutika und allen unter Achtzehnjährigen Psychotherapie und zahnärztliche Leistungen erstattet. Auch Personen mit einer besonders geringen Pension oder Invalidenrente sind von Zuzahlungen zu Arzneimitteln und Pflege befreit. An bestimmten Infektionskrankheiten wie beispielsweise HIV/AIDS leidende Menschen erhalten kostenlose Medikamente und ärztliche Behandlung. Kosten für Arzneimittel, die während und nach einer Schwangerschaft benötigt werden, werden ebenfalls vom Staat übernommen [10].

Stationäre Aufenthalte inklusive tageschirurgischer Eingriffe in Krankenanstalten der RHAs, sowie Impfungen für Kinder und andere präventive Maßnahmen oder Ausgaben aufgrund von berufsbedingten Unfällen oder Erkrankungen sind generell kostenfrei [10].

2.2.7 Zugang zu medizinischen Leistungen in Österreich

In Österreich gilt der freie Zugang zu allen Ebenen ambulanter medizinischer Versorgung – AllgemeinmedizinerInnen, niedergelassenen FachärztInnen, Spitalsambulanzen und Ambulatorien – beinahe ohne Regulierungsmaßnahmen. Das führt zu einem hohen Maß an fachärztlichen Konsultationen, wobei oftmals der Kontakt zur medizinischen Grundversorgung übersprungen wird. Daher gilt Österreich als „low primary care country“ [15]. Die Versorgungsdichte variiert sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich

stark in den verschiedenen Regionen. So sind beispielsweise in Wien etwa doppelt so viele VertragsfachärztInnen lokalisiert als in Bundesländern wie Niederösterreich oder dem Burgenland, welches wiederum die höchste Dichte an AllgemeinmedizinerInnen aufweist [9].

Im stationären Sektor besitzt Österreich mit etwa sechs Akutbetten und acht Betten in Langzeiteinrichtungen pro 1.000 EinwohnerInnen trotz einer Reduktion um etwa zehn Prozent in den letzten zehn Jahren eine sehr hohe Bettendichte. Die Auslastung beträgt um die 80 Prozent. Mit etwa 4.8 praktizierenden ÄrztInnen auf 1.000 BürgerInnen, wovon etwa 30 Prozent in die Allgemeinmedizin gehen, liegt Österreich auch hier über dem EU-Durchschnitt. Allerdings ist die Menge an Pflegepersonal weitaus geringer und reicht nicht einmal zur Hälfte an die Norwegens heran [9].

2.2.8 Zugang zu medizinischen Leistungen in Norwegen

Im norwegischen System ist ein Erstkontakt zu dem/r AllgemeinmedizinerIn, essentiell. Jene/r entscheidet individuell über die Notwendigkeit einer Überweisung zum/r niedergelassenen SpezialistIn oder einem Krankenhaus und vereinbart auch nicht selten selbst einen Termin für den/die PatientIn. Außer ihnen sind nur Rettungsdienste zur Überstellung berechtigt. In Notfällen, wie beispielsweise einem Unfall mit Verletzten werden PatientInnen also direkt in Spitäler gebracht und behandelt. HausärztInnen sind ebenfalls dazu verpflichtet in speziellen Notfallzentren innerhalb ihrer Vertragsgemeinde Bereitschaftsdienste zu absolvieren um die Versorgung 24 Stunden pro Tag zu gewährleisten [10].

Jedes im staatlichen Melderegister vermerkte Individuum bekommt eine/n AllgemeinmedizinerIn in seiner Umgebung zugewiesen und landet somit auf dessen/deren PatientInnenliste, die in der Regel 1.200 bis 1.500 Personen umfasst. Es besteht generell die Möglichkeit den Hausarzt/die Hausärztin zu wechseln, vorausgesetzt die gewählte neue Praxis hat die erforderliche Kapazität neue PatientInnen aufzunehmen, was schwierig sein kann. Außerdem sind bei einem Wechsel höhere Behandlungsgebühren zu entrichten. Aus diesen Gründen wird dieses Recht selten wahrgenommen [10].

Wurde eine Überweisung ausgestellt können über eine gratis Telefonhotline die Wartezeiten umliegender niedergelassener FachärztInnen ermittelt werden. An Krankenhäusern werden bestimmte Wartezeiten für PatientInnengruppen oder sogar individualisiert garantiert. Werden diese überschritten („fristbrudd“) und kann kein anderes Spital im Land den gleichen Service

innerhalb des Zeitlimits anbieten haben PatientInnen das Recht sich im Ausland auf Kosten des Staates behandeln zu lassen [10].

Wartezeiten in Norwegen sind im OECD-Vergleich sehr lange und betragen beispielsweise für elektive Operationen durchschnittlich über drei Monate [16]. Das liegt vermutlich an der drastischen Reduzierung an Krankenhausbetten in den letzten zwanzig Jahren auf mittlerweile etwa 2.4 Akutbetten pro 1.000 Einwohner und der damit verbundenen hohen Bettenauslastung von 93% [10].

2.3 Psychiatrische PatientInnenversorgung

2.3.1 Vorkommen von psychiatrischen Erkrankungen und Selbstmorden in Österreich

Aufgrund fehlender epidemiologischer Daten existieren kaum Prävalenzzahlen zu psychischen Erkrankungen der allgemeinen österreichischen Bevölkerung. Einzig Wancata, Sobocki und Katschnig (2007) liefern hauptsächlich durch Hochrechnung aus den 25 EU-Ländern, Norwegen, Island und der Schweiz Jahresprävalenzen zu einzelnen Krankheitsbildern für das Jahr 2004 [17] welche in Tabelle 1 dargestellt werden.

Tabelle 1. Krankheitsfälle einzelner psychiatrischer Diagnosen in Österreich für 2004

	Angststörungen	Affektive Störungen	Suchterkrankungen	Psychosen
Krankheitsfälle*	847.622	479.091	194.795	136.883

Anmerkung: * Altersgruppe 18-65 Jahre. Quelle: Wancata (2007)

Die letzten Jahrzehnte verzeichneten einen dramatischen Anstieg an Spitalsentlassungen aus psychiatrischen Abteilungen (Abb.2) [18]. Da in Österreich PatientInnen erst bei Entlassung dokumentiert werden stehen diese stellvertretend für Krankenhausaufenthalte. Laut einem Bericht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger wurden im Jahr 2007 etwa 68.800 PatientInnen in rund 112.900 Aufenthalten mit Hauptdiagnosen aus dem psychiatrischen Formenkreis (F-Hauptdiagnose nach ICD-10) in Krankenanstalten österreichweit stationär betreut. Dies betrifft sowohl Einrichtungen mit sowie ohne psychiatrischem Schwerpunkt. Die Betroffenen erkrankten am häufigsten an affektiven Störungen, gefolgt von psychischen - und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

sowie Belastungs- und somatoformen Störungen. Es zeigt sich allerdings ein beträchtlicher Geschlechterunterschied in den Häufigkeiten psychiatrischer Diagnosen (Abb. 3) [19].

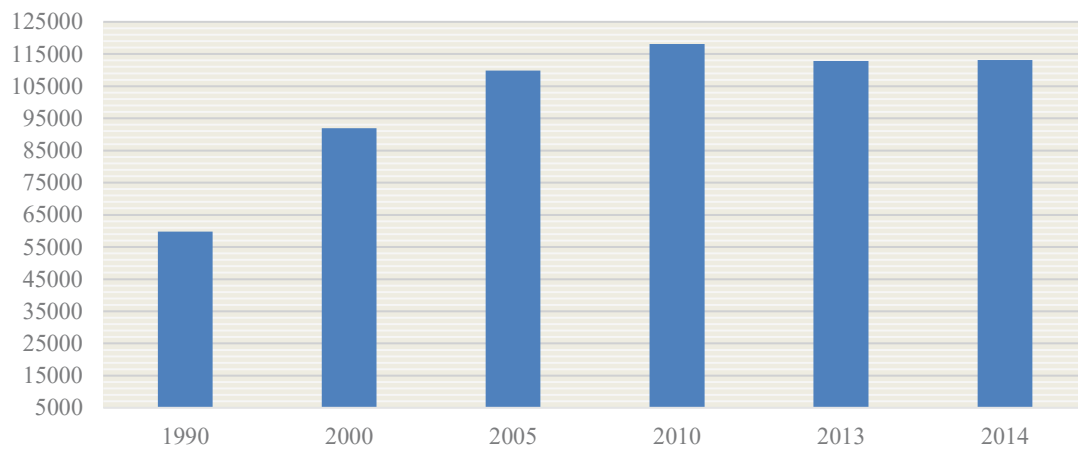


Abbildung 2. Entlassungen von PatientInnen mit F-Hauptdiagnose nach stationärer Versorgung in Akutkrankenanstalten 1990 – 2014 in Österreich in Absolutzahlen.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2017, Statistik Austria.

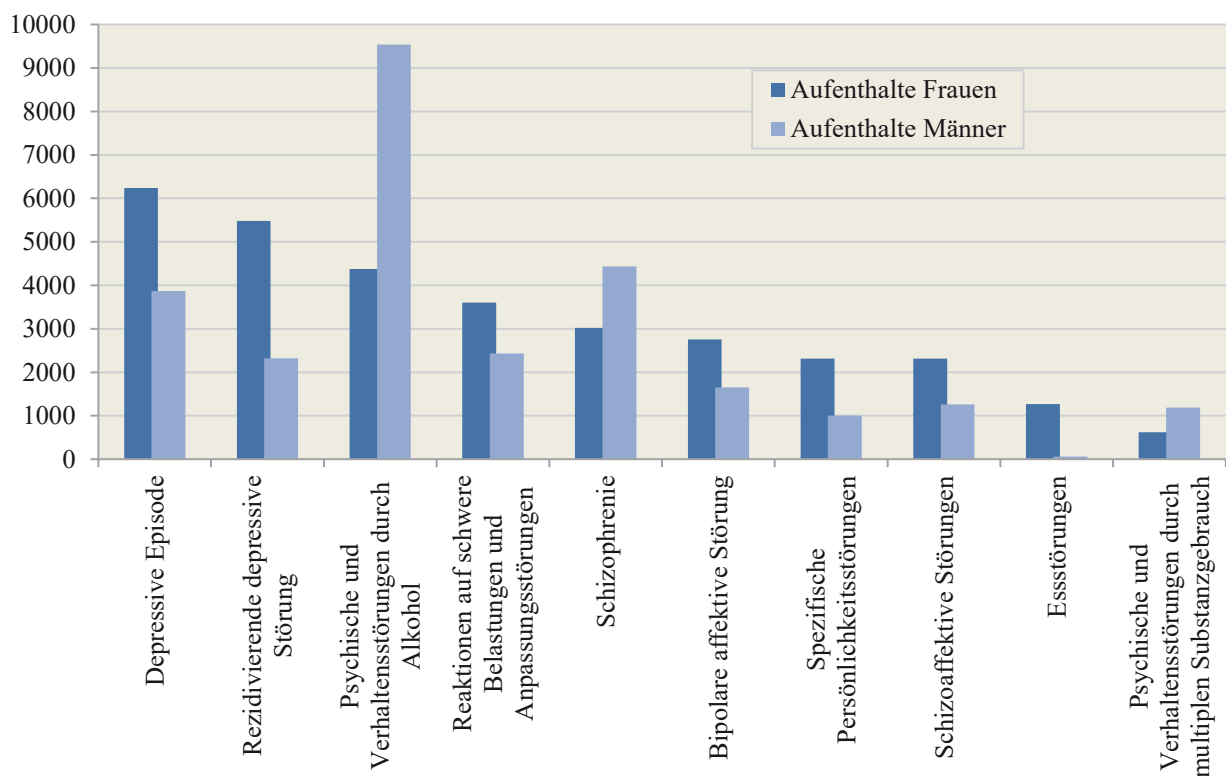


Abbildung 3. F-Hauptdiagnosen an psychiatrischen Abteilungen Österreichs im Jahr 2007.

Quelle: Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger (2011).

Der Großteil der PatientInnen an psychiatrischen Abteilungen ist zwischen 35 und 54 Jahren alt. Bei den unter 15-Jährigen sowie 20- bis 59-Jährigen sind die Zahlen der männlichen

Erkrankten etwas höher, in den restlichen Altersgruppen sind deutlich mehr Frauen betroffen [19].

Ein bedeutender Anteil an F-Hauptdiagnosen wird an nicht-psychiatrischen Abteilungen gestellt, mit fast 20% am häufigsten an internistischen Stationen. Dieser PatientInnenanteil ist je nach Diagnose unterschiedlich. So werden etwa die Hälfte der an Essstörungen oder psychischen- und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen leidenden Personen und 40% der an einer depressiven Episode Erkrankten an nicht-psychiatrischen Abteilungen betreut, während PatientInnen mit bipolarer affektiver Störung oder Schizophrenie fast ausschließlich an psychiatrische Stationen gelangen [19].

Der Anteil psychiatrischer PatientInnen in Akutkrankenanstalten ist im Vergleich zu anderen Erkrankungsgruppen relativ gering (Abb.4). Dennoch fallen in diesem Bereich verhältnismäßig weit höhere Kosten an [19]. Dies lässt sich zum einen auf die österreichweit längste durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer zurückführen welche trotz einer drastischen Reduktion der letzten Jahrzehnte noch bei rund 15 Tagen pro Aufenthalt und 24.2 Tagen pro PatientIn pro Jahr liegt (Abb.5) [19].

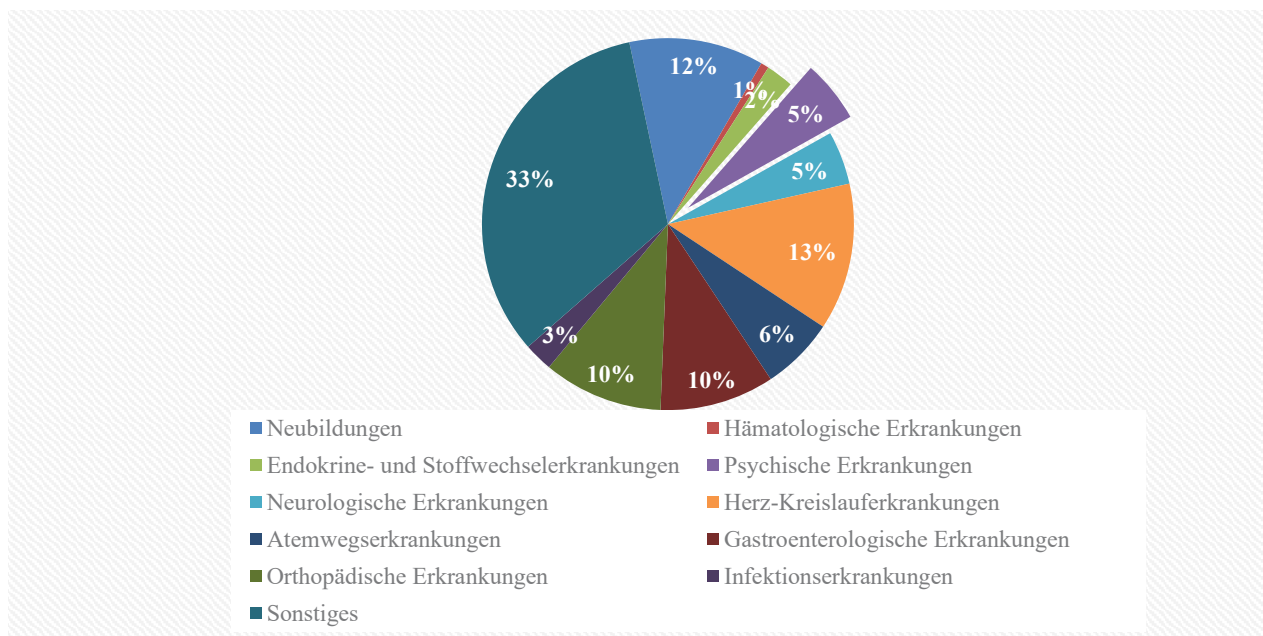


Abbildung 4. Spitalsentlassungen aus Akutkrankenanstalten nach stationärem Aufenthalt in Österreich im Jahr 2014 geordnet nach Entlassungsdiagnosen.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2017, Statistik Austria.

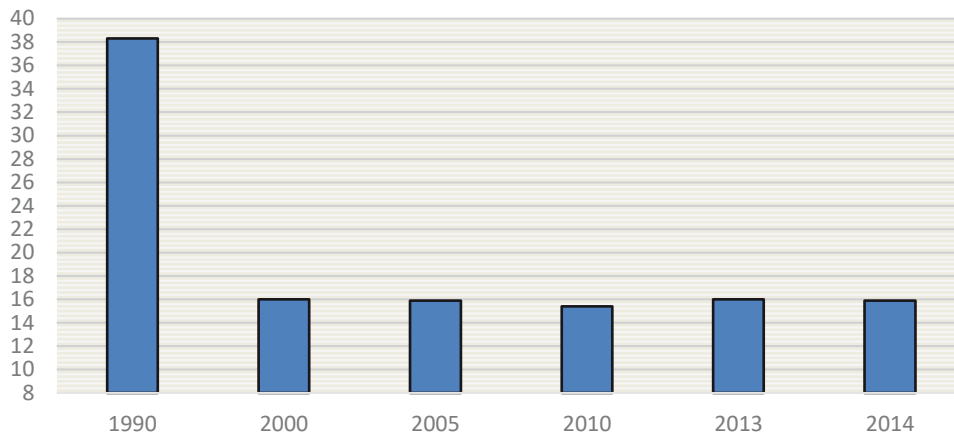


Abbildung 5. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer von PatientInnen mit F-Hauptdiagnose in Tagen nach stationärer Versorgung in Akutkrankenanstalten 1990-2014 in Österreich.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2017, Statistik Austria.

Je Aufenthalt entstanden dabei im Jahr 2007 Kosten von fast 4.000 Euro [19]. Dieser Umstand wird durch den hohen Anteil an chronischen Krankheitsverläufen erklärt. So verbringen PatientInnen mit der Hauptdiagnose Schizophrenie (F20) im Mittel 50.9 Tage jährlich an österreichischen Krankenanstalten [19]. Zum anderen ist die hohe Anzahl an Krankenständen und deren lange Dauer, welche nur durch die der Krebserkrankungen knapp übertroffen wird (Abb. 6), sowie die bedeutende Invaliditätsrate bei psychiatrischen PatientInnen (Abb. 7) für den hohen finanziellen Aufwand verantwortlich.

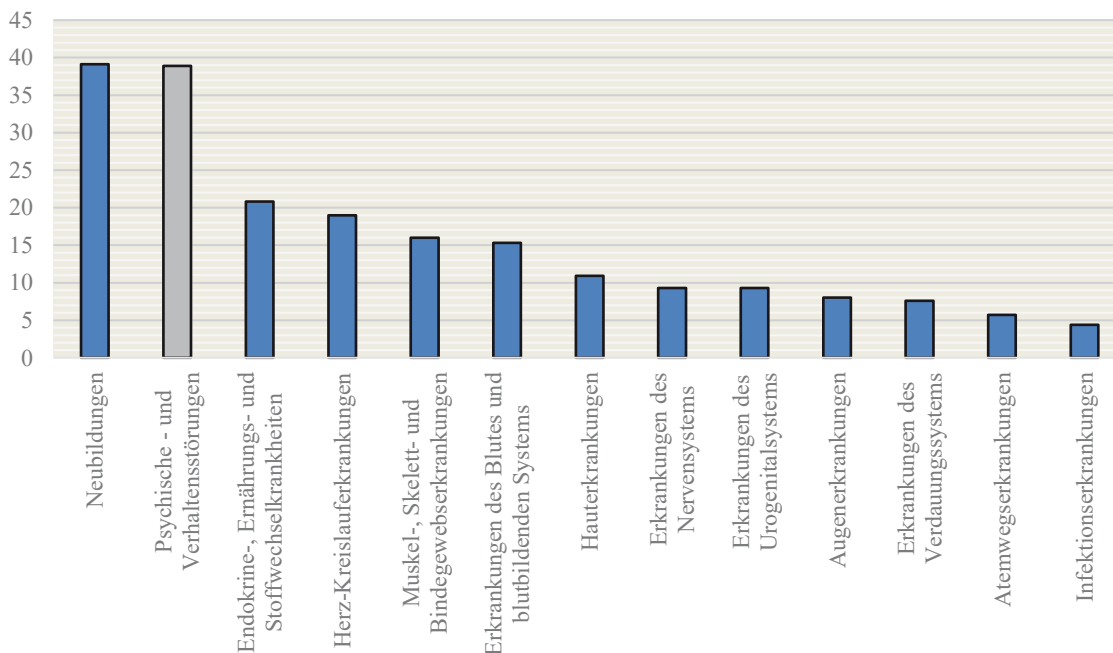


Abbildung 6. Durchschnittliche Krankenstandstage pro Krankenstandsfall in Österreich im Jahr 2015 geordnet nach Krankheitsgruppen.

Quelle: Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger (2011).

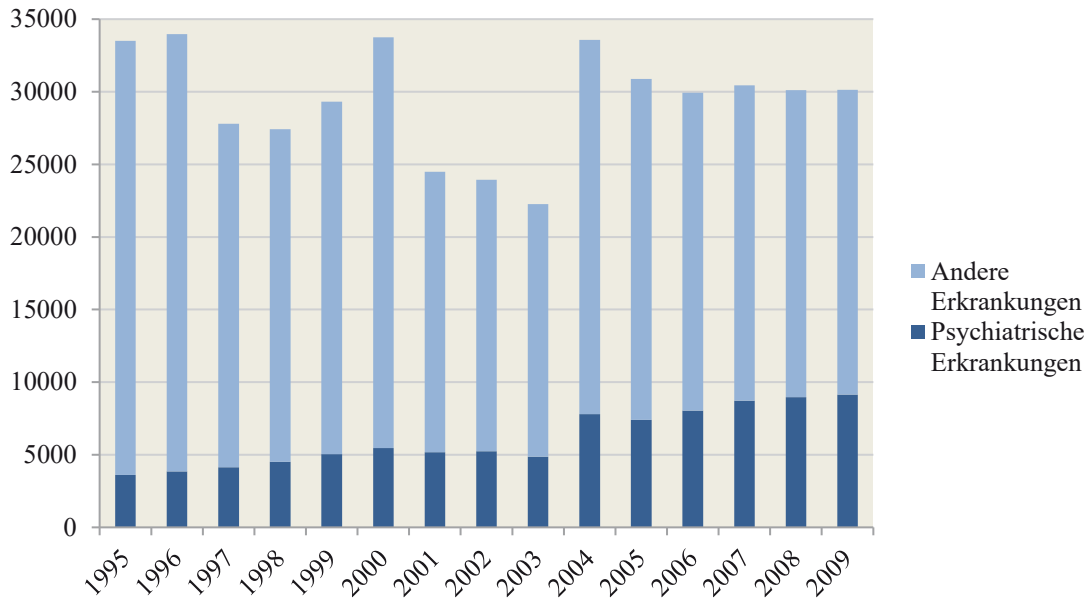


Abbildung 7. Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Neuzugängen von Frühpensionierungen in Österreich 1995-2009 in Absolutzahlen.

Quelle: Hauptverband österreichischer Sozialversicherungsträger (2011).

2.3.1.1 Selbstmorde in Österreich

Im Jahr 2015 starben in Österreich rund 1.250 Personen an Selbstmord [18]. Das Land liegt damit im europäischen Mittelfeld. Seit den 1980er Jahren ist die Suizidrate zwar deutlich rückläufig (Abb. 8 und 9), sie übersteigt allerdings trotzdem die Zahl der Verkehrstoten um mehr als das Doppelte. Im Bundesländervergleich findet sich die höchste Selbstmordrate in der Steiermark, gefolgt von Kärnten und Oberösterreich. Wien und das Burgenland verzeichnen die niedrigsten Suizidzahlen. Die häufigste Selbstmordmethode stellt bei beiden Geschlechtern das Erhängen dar, gefolgt von Erschießen bei Männern und Vergiften bei Frauen [20].

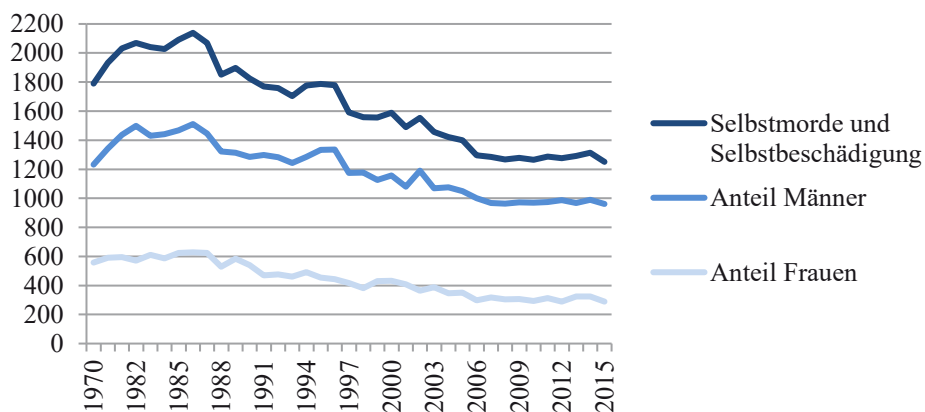


Abbildung 8. Suizide und Selbstbeschädigungen in Österreich 1970-2015 in Absolutzahlen.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2017, Statistik Austria.

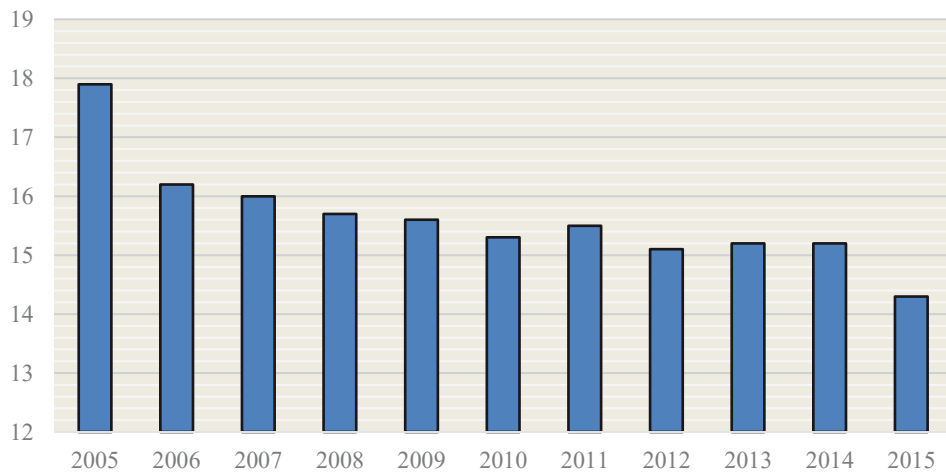


Abbildung 9. Suizide und Selbstbeschädigungen in Österreich pro 100.000 Einwohner 2005-2015.

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2017, Statistik Austria.

2.3.2 Vorkommen von Psychiatrischen Erkrankungen in Norwegen

In einer Untersuchung des norwegischen Zentralbüros für Statistik (Statistisk Sentralbyrå, SSB) aus dem Jahr 2008 wurde herausgefunden, dass acht bis zehn Prozent der erwachsenen Bevölkerung Norwegens an einer bedeutenden psychischen Erkrankung leiden und die Lebenszeitprävalenz bei etwa 50% liegt [21]. Die Häufigkeit einzelner psychiatrischer Diagnosen in der Gesamtbevölkerung wurde in drei großen norwegischen Studien in unterschiedlichen Settings erfasst. Kringlen, Torgersen und Cramer (2001, 2006) erhoben mithilfe einer Stichprobe von 18- bis 65-Jährigen aus dem nationalen Bevölkerungsregister Daten aus der Hauptstadt Oslo [22] sowie der ländlichen Region Sogn und Fjordane im Westen des Landes [23]. Bei letzterer handelt es sich um ein Gebiet welches sich statistisch gesehen stark von allen anderen Landkreisen Norwegens unterscheidet. Dazu zählt unter anderem die sehr niedrige Arbeitslosen- und Scheidungsrate, der besonders traditionelle Lebensstil sowie der vorherrschende primäre Wirtschaftssektor mit Landwirtschaft und Fischfang. Zudem lässt sich eine äußerst niedrige Kriminalitäts-, Alkoholismus- und Mortalitätsrate verzeichnen [23].

Bei der dritten großen Analyse handelt es sich um die Zwillingsstudie des norwegischen Instituts für Public Health (1999-2004). Die Datensammlung dazu stammt aus dem norwegischen Zwillingsregister. Informationen aus verschiedenen Studien der seit 1895 betriebenen norwegischen Zwillingsforschung wurde in eben diesem Register zusammengefasst [24]. Sie soll repräsentativ für den gesamten Staat Norwegen stehen.

Als Diagnostikwerkzeuge wurden die dritte und vierte Version des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III [25], DSM-IV[26]) sowie das von der WHO entwickelte Interviewschema *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) [27] verwendet.

Tabelle 2. Lebenszeitprävalenz einzelner psychiatrischer Diagnosen in Norwegen in Prozent.

Diagnostikmethode	Zwillingsstudie	Oslo	Sogn und Fjordane
	DSM-IV	DSM-III-R ¹	DSM-III-R ¹
Angststörungen	26.7	-	-
Spezifische Phobie	18.6	14.4	6.5
Sozialphobie	4.0	13.7	7.3
Agoraphobie	4.8	6.1	3.6
Panikstörung	2.8	4.5	2.6
Generalisierte Angststörung	2.0	4.5	3.4
Zwangsstörungen	0.7	1.6	0.6
Schwere Depression	14.0	17.8	8.3
Dysthymie	1.7	10.0	6.3
Bipolare Störung	-	1.6	0.2
Alkoholmissbrauch/-abhängigkeit	9.4	22.7	9.4
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	1.8	3.4	0.4
Somatoforme Störungen	-	3.7	3.4
Essstörungen	1.7	1.8	0.5
Mindestens eine der genannten Erkrankungen	45.9	52.4	30.9

Anmerkung: Übersetzt aus dem Norwegischen.

¹Die Diagnostik basiert auf Interviews, die 1994-1997 geführt wurden.

Quellen: Kringlen (2001, 2006); Nasjonalt folkehelseinstitutt, Rapport 2009:8, S.18.

Das norwegische Direktorat für Gesundheit (Helsedirektoratet) veröffentlicht laufend aktuelle Zahlen über die Nutzung von Gesundheitsservices. Im Jahr 2016 wurden knapp über 148.000 PatientInnen an psychiatrischen Einrichtungen im ganzen Land verzeichnet. Es gab insgesamt rund 1.126.000 stationäre Aufenthaltstage sowie etwa 53.000 Spitalsentlassungen in diesem Sektor. Tagesbehandlungen wurden etwa 19.000 Mal in Anspruch genommen, Ambulanzen circa 1.851.000 Mal. Insgesamt wurde in allen Versorgungsbereichen eine Erhöhung der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr beobachtet [28]. Die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer betrug im Jahr 2013 rund 19 Tage [29].

Laut einem Bericht des SSB wurden im Jahr 2006 rund 12% der Konsultationen bei AllgemeinmedizinerInnen aufgrund von psychischen Leiden getätigt [30]. Auch die neuesten

Daten zeigen, dass 2015 psychische Erkrankungen noch vor Luftwegsinfektionen die häufigsten Gründe für einen Besuch beim Hausarzt/der Hausärztin waren (Abb. 10) [31].

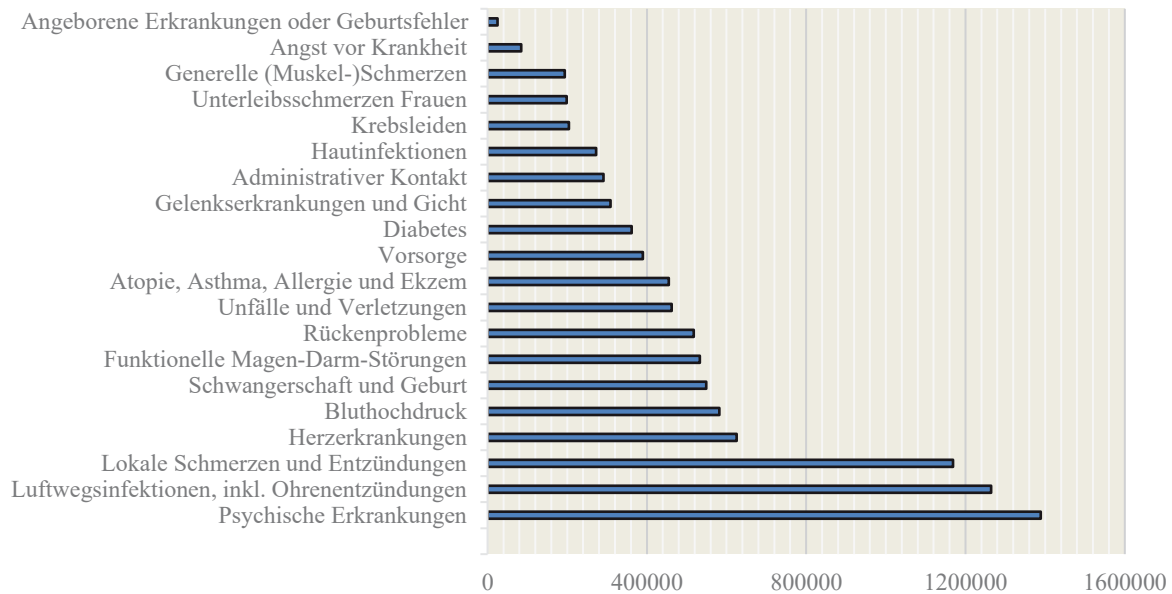


Abbildung 10. Konsultationsgründe für AllgemeinmedizinerInnen in Norwegen 2015.

Anmerkungen:

Quelle: Statistisk Sentralbyrå

Übersetzt aus dem Norwegischen

Norwegen verzeichnet eine generell sehr hohe Rate an Frühpensionierungen. Im Jahr 1998 wurde ein Spitzenwert in der Inzidenz von 42.164 Frühpensionierungen vermerkt. Psychische Erkrankungen machten in den letzten Jahren etwa ein Viertel der Gründe für den vorzeitigen Ruhestand aus (Abb. 11) [29].

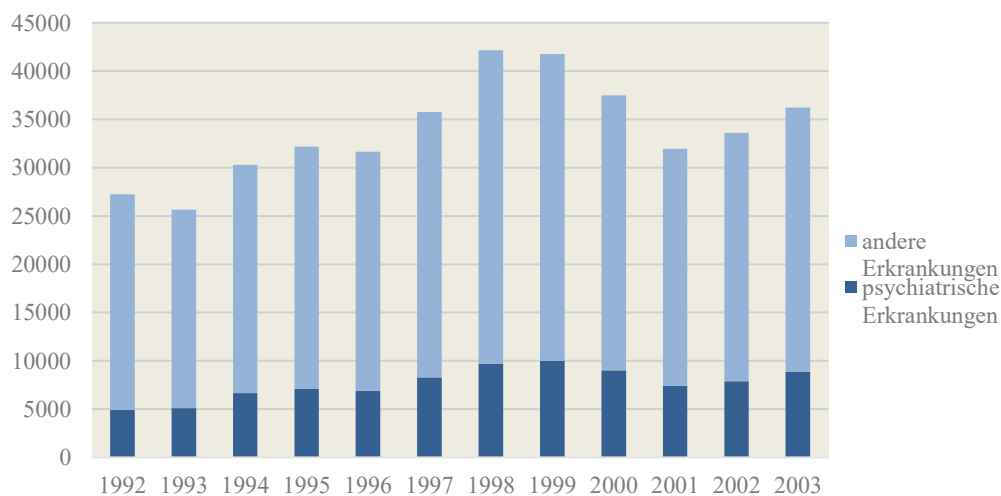


Abbildung 11. Anteil psychiatrischer Erkrankungen an Neuzugängen von Frühpensionierungen in Norwegen 1992-2003 in Absolutzahlen.

Quelle: Rapport 2009:4, Folkehelseinstituttet (2009).

2.3.2.1 Selbstmorde in Norwegen

Die Selbstmordrate lag in Norwegen in den letzten Jahren bei etwa 10,5 pro 100.000 Einwohnern (Abb. 12) und damit hinter Österreich und dem OECD-Schnitt [32]. 2015 nahmen sich 590 Menschen das Leben, davon 190 Frauen und 400 Männer. Aufgrund schwankender regionsbezogener Jahreswerte lassen sich kaum örtliche Trends erkennen. Lediglich die Regionen Sogn og Fjordane und überraschenderweise besonders die nördlichsten Distrikte Troms und Finnmark zeigen stabil niedrige Suizidzahlen. Auch die verbreitete Annahme Selbstmorde fänden vor allem in den dunklen Wintermonaten statt kann laut Daten nicht bestätigt werden. Ganz im Gegenteil zeigt sich in den Frühlings- und Sommermonaten, vor allem im Mai, eine leichte Häufung. Die bei Männern gewählte häufigste Methode stellte das Erhängen gefolgt von Erschießen dar. Frauen wählten meist Vergiften oder Erhängen als Todesart [33,34].

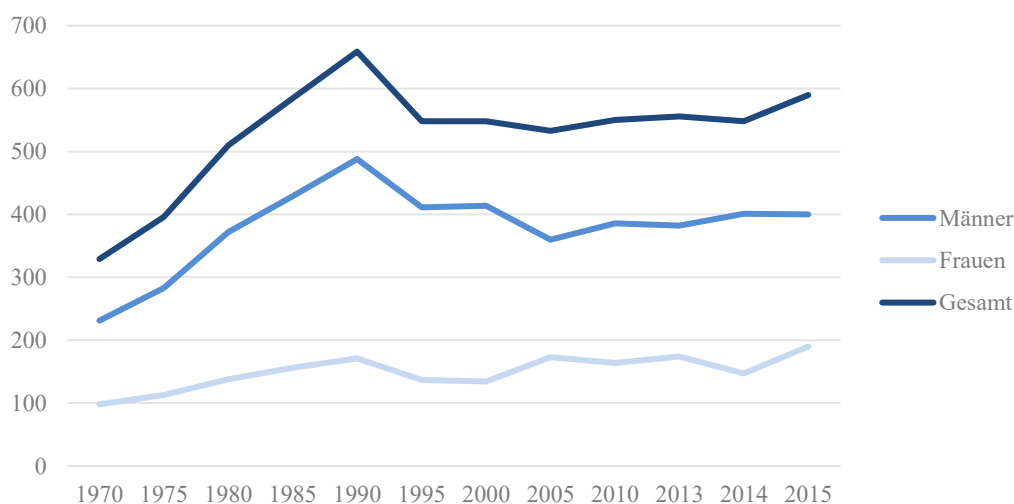


Abbildung 12. Selbstmorde in Norwegen 1970-2015 in Absolutzahlen.

Quelle: Dødsårsaksregisteret, Folkehelseinstitutt.

2.3.3 Angebot an psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Österreich

2.3.3.1 Stationäre Einrichtungen

In Österreich existieren insgesamt 56 Kliniken beziehungsweise klinische Abteilungen für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Darin enthalten sind 23 psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, acht rein psychiatrische Kliniken, zwölf Kliniken und Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie 13 für Abhängigkeitserkrankungen. Zusammengenommen stellen die genannten Institutionen rund

4.800 Betten zu Verfügung [9]. In einem Bericht des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger aus dem Jahr 2009 werden 3.380 Betten an PSY-Abteilungen gezählt, davon 360 in tagesklinischem Gebrauch. Das entspricht einer Bettenmessziffer (BMZ), welche als Betten pro 1.000 Einwohner definiert ist, von 0.41. Aktuell kann mit etwas höheren Zahlen gerechnet werden, da damals noch in Planung befindliche Projekte umgesetzt und bestehende Abteilungen aufgestockt wurden [19].

Im Gesamtbild liegt dies innerhalb der im österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) festgelegten Richtwerte [35], betrachtet man allerdings die Bundesländer einzeln erreicht Niederösterreich mit einer BMZ von 0.28 nicht den geplanten Bereich, und das Burgenland liegt mit einer BMZ von 0.06 weit zurück. Allerdings muss erwähnt werden, dass die benachbarten Bundesländer sehr gut erreichbar sind. Im Gegensatz dazu fällt auf, dass in der Steiermark eine zufriedenstellende BMZ von 0.49 erreicht wird, die Distribution der Standorte sich aber lediglich auf die Landeshauptstadt Graz beschränkt [19].

2.3.3.1.1 Unterbringungen nach Unterbringungsgesetz

Die meist unfreiwillige Aufnahme von PatientInnen an geschlossenen Abteilungen psychiatrischer Kliniken wird in Österreich als Unterbringung bezeichnet. Es bestehen drei gesetzliche Voraussetzungen für die Unterbringung, welche in § 3 UbG 1990 [36] festgelegt sind und wie folgt lauten. Die betreffende Person muss an einer psychischen Erkrankung leiden, welche mit einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung einhergeht und auf keine andere Weise ausreichend ärztlich behandelt werden kann.

Bei der Unterbringung auf Verlangen nach §§ 4-6 UbG 1990 möchten PatientInnen, die die genannten drei Kriterien erfüllen freiwillig unter Freiheitsbeschränkung behandelt werden. Eventuell vorhandene zuständige Sachwalter beziehungsweise Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen müssen dieser Forderung ausdrücklich zustimmen. Diese Art der Aufnahme ist eher selten und ist laut § 7 UbG 1990 auf sechs beziehungsweise auf Wiederverlangen des/r PatientIn maximal auf zehn Wochen beschränkt und kann jederzeit von dem/r PatientIn widerrufen werden.

Meist besteht eine Unterbringung ohne Verlangen, welche in §§ 8-11 UbG 1990 rechtlich geregelt ist. Hierbei können die Sicherheitsbehörden in Verdacht stehende Personen ohne eigene Zustimmung an eine psychiatrische Krankenanstalt oder Abteilung bringen. Es muss

allerdings von einem/r Polizeiarzt/ärztin oder einem/r im öffentlichen Sanitätsdienst stehendem/r Arzt/Ärztin bestätigt werden, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung gegeben sind. Ist Gefahr im Verzug kann diese Bestätigung entfallen. Vor Aufnahme muss die Person von dem/r AbteilungsleiterIn oder dessen/deren fachärztlichem/n VertreterIn untersucht und die Erfüllung der Kriterien verifiziert werden. In weiterer Folge muss das zuständige Bezirksgericht laut § 17 UbG 1990 über die Aufnahme informiert werden. §§ 19 und 20 UbG 1990 legen fest, dass nach spätestens vier Tagen eine gerichtliche Anhörung zu erfolgen hat und es, bei Erklärung der Zulässigkeit, nach einem definierten Zeitraum eine mündliche Verhandlung geben muss, für welche ein ärztliches Gutachten erstellt werden soll und nach § 26 Abs 2 UbG 1990 eine Aufenthaltsverlängerung von maximal drei Monaten bewirkt werden kann. Nach dieser Frist muss laut § 30 Abs 1 UbG 1990 einer weiteren Verlängerung erneut gerichtlich zugestimmt werden. In der Hälfte der Fälle kommt es allerdings nicht einmal zur Anhörung, da die PatientInnen bereits zuvor entlassen oder auf eine offene Station verlegt werden (Abb.13). Die Unterbringung kann unter Berücksichtigung der Rückfallwahrscheinlichkeit durch FachärztInnen für Psychiatrie jederzeit aufgehoben werden, sollten die Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sein.

Die Möglichkeit der Unterbringung findet sich an 26 österreichischen Kliniken und belief sich im Jahr 2011 auf 23.200 gemeldete Fälle. In den letzten Jahren hat sich diese Anzahl drastisch erhöht (Abb. 14) [37].

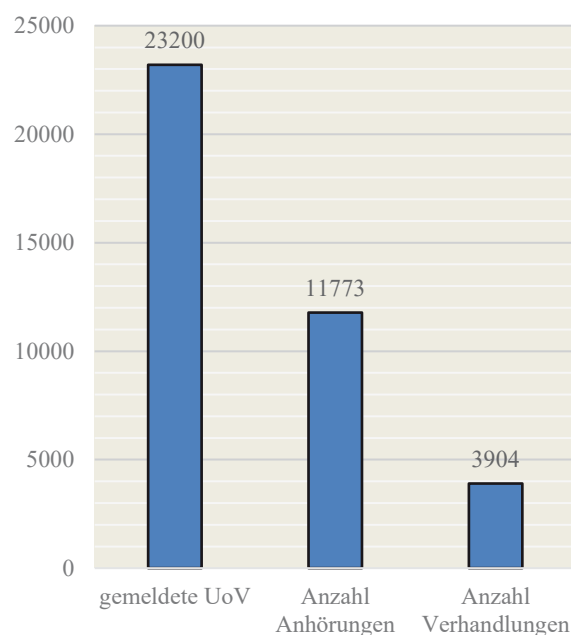


Abbildung 13. Anzahl der Unterbringungen ohne Verlangen (UoV), Anhörungen und Verhandlungen 2011.

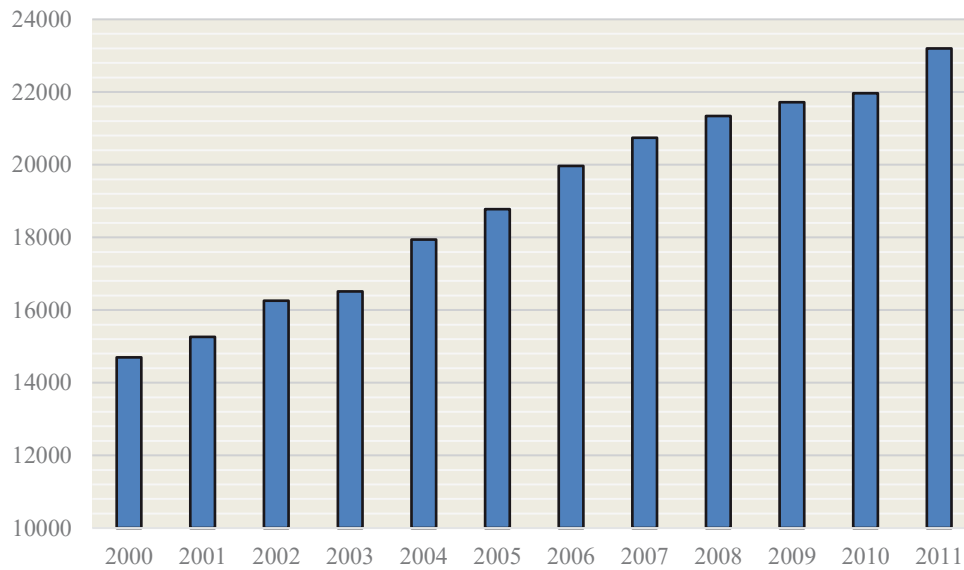


Abbildung 14. Anzahl Unterbringungen 2000-2011.

2.3.3.2 Außerstationäre Versorgung und Nachbetreuung

Durch das komplexe Netz aus einer Vielzahl von Anbietern für außerstationäre psychiatrische Versorgung, welche zudem aus verschiedenen Arbeitsbereichen kommen, gibt es keine einheitliche Dokumentation und damit auch kaum Daten zur Nutzung dieser Einrichtungen.

2.3.3.2.1 Spitalsambulanzen

An insgesamt 27 Krankenanstalten in ganz Österreich gibt es die Möglichkeit allgemeine psychiatrische Ambulanzen und zahlreiche Spezialambulanzen aufzusuchen. Die Verteilung auf die einzelnen Bundesländer ist dabei sehr heterogen und wird in Tabelle 3 genauer dargestellt. Der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie ist hier nicht inkludiert. Wenig überraschend fällt auf, dass sich die Versorgung stark auf den städtischen Bereich konzentriert. Einzelne Bundesländer wie das Burgenland und Vorarlberg zeigen speziell bei Spezialambulanzen ein sehr spärliches Angebot während an Universitätsstädten ein regelrechter Überfluss besteht.

Tabelle 3. Anzahl Angebote psychiatrischer Ambulanzen in den einzelnen Bundesländern

	Kliniken mit psychiatrischer Ambulanz	Anzahl allgemeine psychiatrische Ambulanzen	Anzahl Spezialambulanzen	Gesamtanzahl Ambulanzen
Wien	4	7	23	30
Niederösterreich	4	4	0	4
Burgenland	1	1	0	1
Steiermark	5	4	6	10
Kärnten	2	2	7	9
Oberösterreich	4	4	9	13
Salzburg	2	2	17	19
Tirol	5	7	16	23
Vorarlberg	1	1	0	1
Österreich	28	32	78	110

Quelle: eigene Berechnungen aus öffentlichen Webseiten der jeweiligen Einrichtungen.

2.3.3.2.2 niedergelassene FachärztInnen

2009 gab es in Österreich insgesamt 874 niedergelassene FachärztInnen für die Fachrichtungen Psychiatrie, Neurologie und Psychiatrie, Psychiatrie und Neurologie sowie der damals noch sehr jungen Fachrichtung Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin. Darunter waren 249 Vertrags- und 636 WahlärztInnen [19], was bedeutet, dass nicht einmal ein Drittel der niedergelassenen PsychiaterInnen einen Kassenvertrag besitzt. Auf die Bevölkerungszahl von etwa 8.341 Millionen im Jahr 2009 bezogen [38] ergibt das eine Dichte von rund 1.05 PsychiaterInnen gesamt und lediglich 0.30 VertragsärztInnen dieser Fachrichtung pro 10.000 EinwohnerInnen.

2.3.3.2.3 PsychotherapeutInnen

Um als PsychotherapeutIn arbeiten zu können muss in Österreich eine zweiteilige Ausbildung, welche meist etwa vier Jahre in Anspruch nimmt, absolviert werden. Diese wird von zahlreichen Organisationen im ganzen Land angeboten und ist im Psychotherapiegesetz genauestens geregelt. §3 Abs 1 Psychotherapiegesetz 1990 [39] legt fest, dass im ersten Teil, dem psychotherapeutischen Propädeutikum mindestens 765 Stunden Theorie und 550 Stunden Praxis nach §3 Abs 2 Psychotherapiegesetz 1990 abgeleistet werden müssen. Der Abschluss berechtigt nicht zur selbständigen Berufsausübung, sondern dient lediglich als Bedingung für den zweiten Teil der Ausbildung, das psychotherapeutische Fachspezifikum. Dieses verlangt nach § 6 Abs 1 Psychotherapiegesetz 1990 den Auszubildenden wiederum 300 Stunden Theorie und laut § 6 Abs 2 Psychotherapiegesetz 1990 1.600 Stunden Praxis,

davon 600 Stunden selbstständiger KlientInnenbetreuung unter Supervision, in einer der gesetzlich anerkannten Psychotherapiemethoden ab.

Während in § 10 Abs 1 Psychotherapiegesetz 1990 für das Propädeutikum relativ wenige Voraussetzungen bestehen, wird für das Fachspezifikum laut § 10 Abs 2 Psychotherapiegesetz 1990 zusätzlich der Abschluss einer Ausbildung aus einer Liste von bestimmten Gesundheits- und Sozialberufen gefordert. Häufige Kernberufe sind PsychologInnen, PädagogInnen, SozialarbeiterInnen, KrankenpflegerInnen oder TheologInnen. Liegt keiner der festgelegten Professionen vor kann beim Psychotherapiebeirat um eine Ausnahmeregelung für eine besondere persönliche Eignung ersucht werden. ÄrztInnen können die psychotherapeutische Ausbildung in Form der PSY-Diplome der ÖÄK erwerben (Kap. 2.4.5).

Anfang 2016 wurden in Österreich insgesamt 8.728 eingetragene PsychotherapeutInnen verzeichnet [40]. Deren Verteilung auf die einzelnen Bundesländer wird in Abbildung 15 veranschaulicht und ist wiederum sehr heterogen.

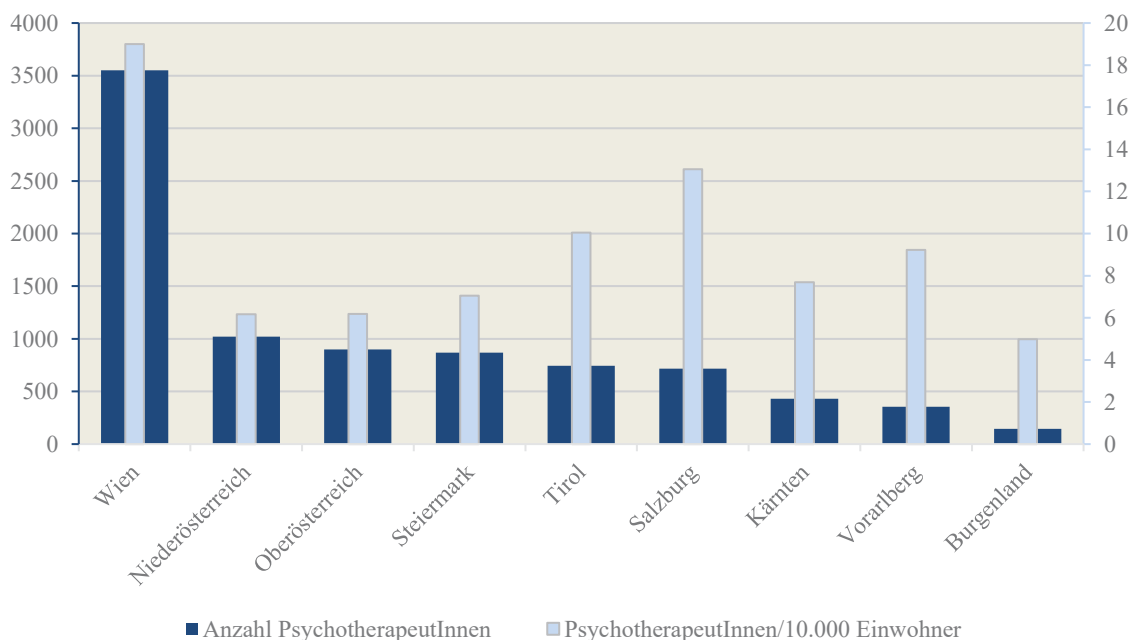


Abbildung 15. Anzahl PsychotherapeutInnen in Absolutzahlen und pro 10.000 Einwohner nach Bundesländern 2016.

Quelle: Statistik Austria, bestNET Information-Service GmbH, eigene Berechnungen.

Die Kosten einer Psychotherapie von durchschnittlich 70€ bis 150€ pro 50-minütiger Einzelsitzung müssen größtenteils von den PatientInnen selbst getragen werden da diese in Österreich als private Leistung gilt. Es besteht die Möglichkeit bei eingetragenen TherapeutInnen eine Teilrefundierung durch die Krankenkasse zu erwirken und so einen Zuschuss von mindestens 21.80€ pro Therapieeinheit zu erhalten. Allerdings kann diese Leistung nur beantragt werden falls eine bereits diagnostizierte Störung vorliegt. In Einzelfällen wird die Psychotherapie komplett von der Krankenkasse übernommen, jedoch sind diese Plätze stark limitiert und nur unter bestimmten Bedingungen verfügbar. Eine weitere Alternative stellt die Wahl von PsychotherapeutInnen in Ausbildung unter Supervision dar, welche in der Regel ein geringeres Honorar verlangen [41].

2.3.3.2.4 Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen

AllgemeinmedizinerInnen nehmen einen wesentlichen Teil der Nachbetreuung psychiatrischer PatientInnen ein. Tatsächlich standen 2009 rund 94% der Betroffenen in Kontakt mit ihren HausärztInnen während lediglich 21% niedergelassene PsychiaterInnen aufsuchten [19]. Grund dafür ist höchstwahrscheinlich die wesentlich geringere Dichte an Facharztpraxen und im Besonderen an Vertragspraxen (Kap. 1.4.3.2.2) im Vergleich zum hohen Angebot an Hausarztpraxen [42]. Zusätzlich muss erwähnt werden, dass sich, außer bei AllgemeinmedizinerInnen mit Psychotherapieausbildung, die erbrachten Leistungen meist auf Medikamentenverschreibungen und weniger auf Gesprächstherapien beschränken [19].

2.3.3.2.5 Extramurale Versorgung

Zur komplementären Versorgung stehen in Österreich zahlreiche sogenannte sozialpsychiatrische Einrichtungen zur Verfügung. Diese sind auf alle Bundesländer verstreut und beinhalten 190 psychosoziale Beratungsstellen, zwölf Not- und Krisendienste, 139 tagesstrukturierende Angebote, 256 Stellen für Betreutes Wohnen und 148 Klubangebote. Zweck dieser Institutionen sind die Rehabilitation und Unterstützung vor allem chronisch kranker psychiatrischer PatientInnen im Alltag und deren Wiedereingliederung in die Gesellschaft [9]. Die Verteilung der einzelnen Bereiche auf die neun Bundesländer wird in Tabelle 4 aufgeführt.

Tabelle 4. Versorgungssituation sozialpsychiatrischer Einrichtungen einzelner Bundesländer Stand 2007

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Psychosoziale Beratungsstellen	9	19	23	28	7	38	14	16	36	190
Personen Betreuung in	3.690	3.090	5.332	11.446	3.764	11.577	1.454	3.721		44.074
Not-und Krisendienste	1	2		6	2				1	12
Tagesstrukturierende Angebote	6	4	13	54	6	16	16	9	15	139
Vorhandene Plätze	55		241	672	131	117	388			1.604
Angebote Betreutes Wohnen für	6	2	36	121	23	13	24	9	22	256
Vorhandene Plätze	128	27	324	1.262	218	88	250	215		
Klubangebote	5		25	15	2	96	1	4	4	148
Personen Betreuung in	100		1.357	2.381	135		90	200		4.263

Anmerkungen: B- Burgenland, K-Kärnten, NÖ- Niederösterreich, OÖ- Oberösterreich, S-Salzburg, St-Steiermark, T-Tirol, V- Vorarlberg, W-Wien, Ö- Österreich gesamt
 Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2007.

2.3.4 Angebot an psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Norwegen

2.3.4.1 Stationäre Einrichtungen

Die stationäre psychiatrische Versorgung ist in Norwegen auf Krankenanstalten, sogenannte Distriktopsykiatrische Senter (DPS) und private Anlaufstellen aufgeteilt. 2015 fanden sich an 27 Krankenhäusern psychiatrische Bettenstationen mit einer Gesamtanzahl von 1.964 Betten [43]. Sie sind vor allem für jene Fälle zuständig, welche eine sehr spezialisierte Betreuung benötigen. Das inkludiert die Notwendigkeit geschlossener Stationen, Alkohol- und Drogenmissbrauch und-abhängigkeit mit zusätzlicher psychiatrischer Komorbidität und die Behandlung schwieriger und komplizierter Fälle, mit besonderem Augenmerk auf Ess- und Zwangsstörungen, Selbstbeschädigung und Persönlichkeitsstörungen sowie gerontopsychiatrischen Fällen [44].

An den 71 DPS-Kliniken, welche als weniger spezialisierte Zwischenstelle für allgemeine psychiatrische Fälle dienen und damit einerseits Krankenanstalten entlasten und andererseits eine dezentrale Versorgung gewährleisten sollen, werden 1.573 Betten verzeichnet [43]. Neben der stationären Betreuung bieten sie allgemeine Ambulanzen, ein Notfallteam, das ohne Überweisung von PatientInnen kontaktiert werden kann und tagesklinische Behandlungen an. Zusätzlich sind sie zur Vernetzung und Zusammenarbeit mit Krankenanstalten und anderen Versorgungsstellen, sowie zur genauen Kenntnis über relevante Anbieter und deren Angebot in ihrem Zuständigkeitsgebiet verpflichtet [44].

Neun private Kliniken stellen weitere 143 Betten zur Verfügung. In Summe ergeben sich also 3.664 Betten in der Erwachsenenpsychiatrie, deren Aufteilung auf die vier Gesundheitsregionen in Abbildung 16 graphisch dargestellt wird [43].

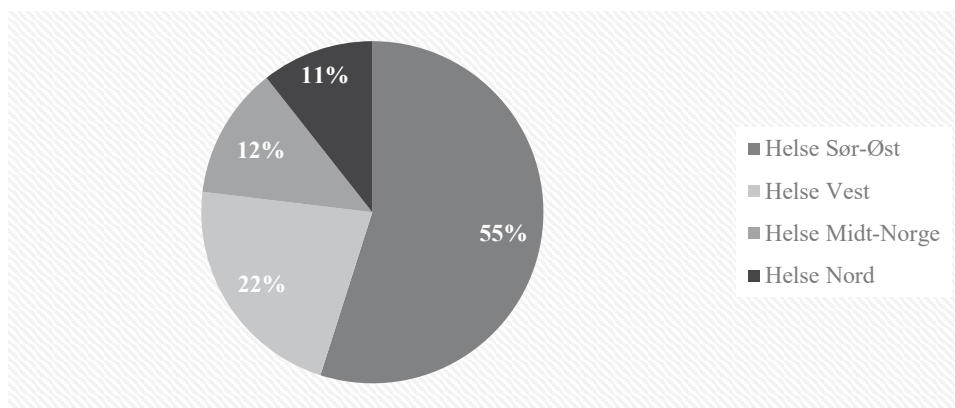


Abbildung 16. Aufteilung psychiatrischer Betten auf die vier Gesundheitsregionen (RHAs) Norwegens in Prozent.

Quelle: Statistisk Sentralbyrå (2015).

Bei Betrachtung der Versorgungslage einzelner Bezirke fällt vor allem die nördliche Finnmark mit einer besonders hohen Bettenanzahl von 12.3 pro 10.000 EinwohnerInnen auf. Der Raum Vestfold südwestlich von Oslo schneidet mit 6.4 am schlechtesten ab. Im Gesamtschnitt hat Norwegen eine Bettendichte von 9.0 pro 10.000 EinwohnerInnen (Abb. 17).

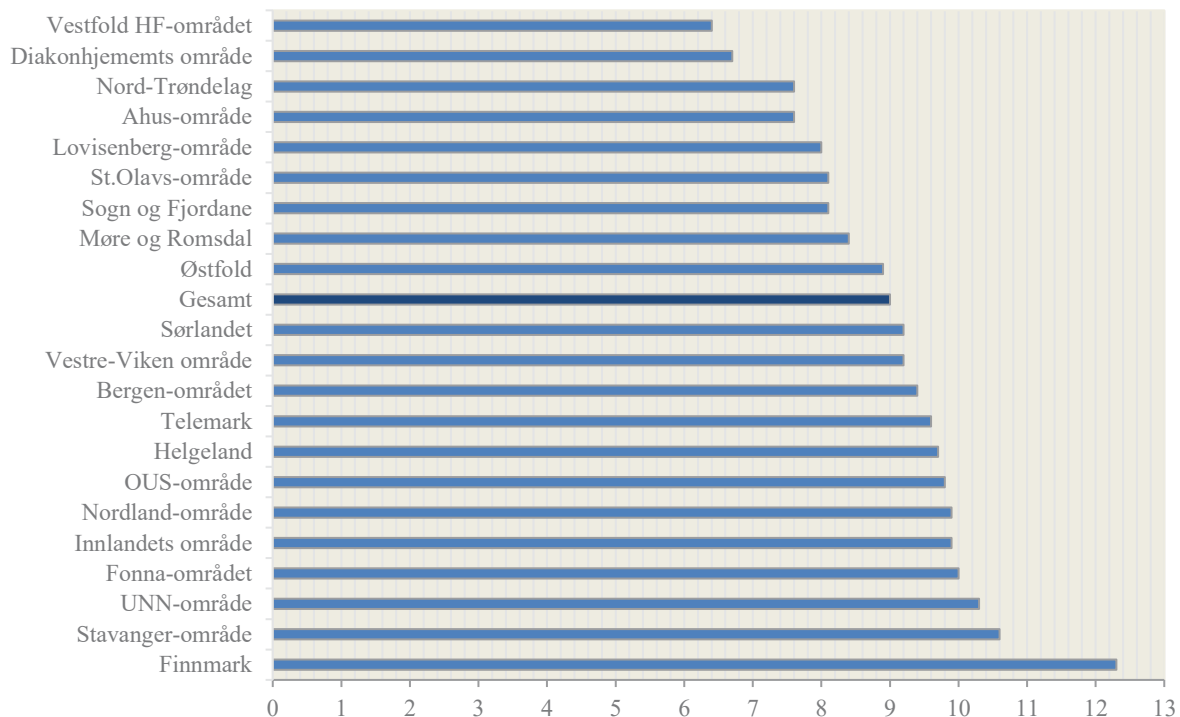


Abbildung 17. Anzahl psychiatrischer Betten pro 10.000 EinwohnerInnen in den einzelnen Versorgungsbezirken Norwegens,

Anmerkungen:

Quelle: Statistisk Sentralbyrå (2015).

HF = Gesundheitsbetrieb (helseforetak), område = Raum, Bezirk, OUS = Universitetsklinikum Oslo (Oslo Universitetssykehuset), UNN = Universitetsklinikum Nord-Norwegen (Universitetssykehuset Nord-Norge)

2.3.4.1.1 Zwangsuntersuchung, -observation und -behandlung

Für eine zwangsweise Unterbringung psychisch kranker Personen sind in Norwegen drei Schritte vorgesehen. Nach §3 Abs 1 phvl 1999 [45] muss ein Verdacht auf Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung, welcher von Angehörigen, dem/r AllgemeinmedizinerIn oder einer anderen öffentlichen Behörde stammen kann, dem/r Bezirksarzt/ärztin vorgebracht werden. Dieser befasst sich in weiterer Folge mit dem Fall und entscheidet ob eine ärztliche Untersuchung von dem/r zuständigen/m Hausarzt/ärztin durchgeführt werden soll. Sollte der/die PatientIn sich der Untersuchung verweigern beziehungsweise nicht auffindbar sein kann die Polizei zur Gewährleistung der Untersuchung des/r Betreffenden eingeschaltet werden. Der/die untersuchende Arzt/Ärztin muss für seine/ihre Beurteilung ein Gutachten verfassen und der/die Bezirksarzt/ärztin seine Entscheidung zur Zwangsuntersuchung ebenfalls schriftlich dokumentieren.

Sollte der/die AllgemeinmedizinerIn beschließen, dass eine Gefährdung vorliegt, wird der/die Betroffene an eine psychiatrische Abteilung gebracht. Der/die dort zuständige Facharzt/ärztin

muss nun überprüfen ob die Kriterien für eine zwangsweise Observation vorliegen, welche in § 3 Abs 2 phvl 1999 festgelegt sind. Diese besagen, dass die betreffende Person die Möglichkeit bekommen muss sich frei zu äußern, eine psychiatrische Behandlung auf freiwilliger Basis nicht möglich ist, der/die PatientIn von zwei verschiedenen ÄrztInnen untersucht wurde, einer davon unabhängig von der betreffenden Institution, und mit hoher Wahrscheinlichkeit in naher Zukunft die Kriterien für eine Zwangsbehandlung erfüllt werden. Zudem muss die betreffende Einrichtung für die notwendige Versorgung des/r PatientIn entsprechend ausgestattet sein und die Maßnahme soll, unter Berücksichtigung der Belastung des/der Betroffenen, die bestmögliche Lösung darstellen.

Die Zwangsobservation besteht aus einer reinen Überwachung des Zustands des/der PatientIn und beinhaltet keinerlei Behandlung. Diese Situation kann bis zu zehn Tage andauern. Innerhalb dieser Frist soll entschieden werden ob eine Zwangseinweisung erfolgen soll. Die Voraussetzungen dafür sind erfüllt, wenn nach § 3 Abs 3 phvl 1999 zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien eine ernsthafte psychische Erkrankung besteht, und eine entsprechende Behandlung notwendig ist um eine massive Verschlechterung des Zustands des/der PatientIn zu verhindern oder die Person eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt. Die Therapie muss laut § 3 Abs 5 phvl 1999 in keinem stationären Setting erfolgen sollte ein anderer Behandlungsmodus einen Vorteil für die Genesung des/der PatientIn bringen. Dieser außerstationäre Modus (TUD – tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold) findet an den distriktpsychiatrischen Zentren statt.

§4 Abs 9 phvl 1999 legt fest, dass mindestens einmal in drei Monaten die Erfüllung der Voraussetzungen von dem verantwortlichen Facharzt/der Fachärztin erneut überprüft werden muss. Im Zuge jeder Zwangsbehandlung muss eine spezielle unabhängige Kontrollkommission, welche § 6 Abs 2 phvl 1999 zufolge aus einem/r qualifizierten JuristIn, einem Arzt/ einer Ärztin und zwei weiteren Personen besteht, entsprechend § 6 Abs 1 phvl 1999 die vollzogenen Beschlüsse auf ihre Richtigkeit überprüfen. Von den letztgenannten KommissionsmitgliederInnen soll mindestens eine Person selbst Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht haben, einem/r psychiatrischem/n PatientIn nahestehen oder eine Stellung zur Vertretung von PatientInneninteressen innegehabt haben. Laut § 3 Abs 8 phvl 1999 endet die zwangsweise Unterbringung nach einem Jahr, sofern die Kontrollkommission nicht zustimmt diese zu verlängern.

Abbildung 18 zeigt einen relativ stabilen Verlauf der Durchführung von landesweiten Zwangsobservationen und -behandlungen der letzten Jahre. Bei Betrachtung einzelner Regionen findet man wiederum ein sehr heterogenes Bild. Auffällig ist vor allem die im Land höchste Rate an Zwangsbehandlungen und dem niedrigsten Anteil an Zwangsobservationen in der Hauptstadt Oslo. Das Gebiet Østfold verzeichnet eine geringe Anzahl an Zwangsbehandlungen aber die bei weitem meisten Observationen [46].

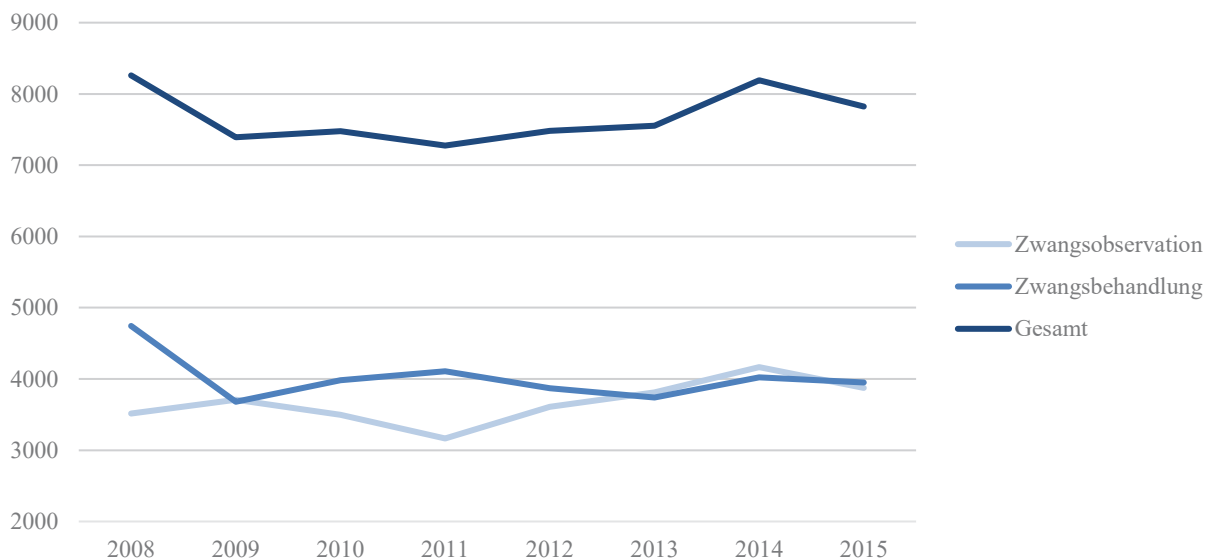


Abbildung 18. Verlauf der Anzahl an stationären Zwangsobservationen und -behandlungen in Norwegen für die Jahre 2008 bis 2015 in Absolutzahlen.

Quelle: Norsk Helsedirektoratet

2.3.4.2 Außerstationäre Versorgung und Nachbetreuung

2.3.4.2.1 Psychiatrische Ambulanzen

An 26 Krankenanstalten und 70 DPS-Kliniken stehen zumindest allgemeinspsychiatrische Ambulanzen bereit. Zusätzlich gibt es sechs reine Ambulanzzentren [43]. Es existieren kaum Spezialambulanzen im klassischen Sinn und deren Vorhandensein ist generell schwer zu ermitteln, da sie nicht ohne Überweisung aufgesucht werden können und betreffende Institutionen daher wenige detaillierte und öffentlich zugängliche Auskünfte über diese Angebote geben.

Insgesamt fanden im Jahr 2015 in Norwegen 1.762.705 ambulante Konsultationen statt [43]. In Abbildung 19 ist deren Anzahl in den einzelnen Versorgungsgebieten dargestellt.

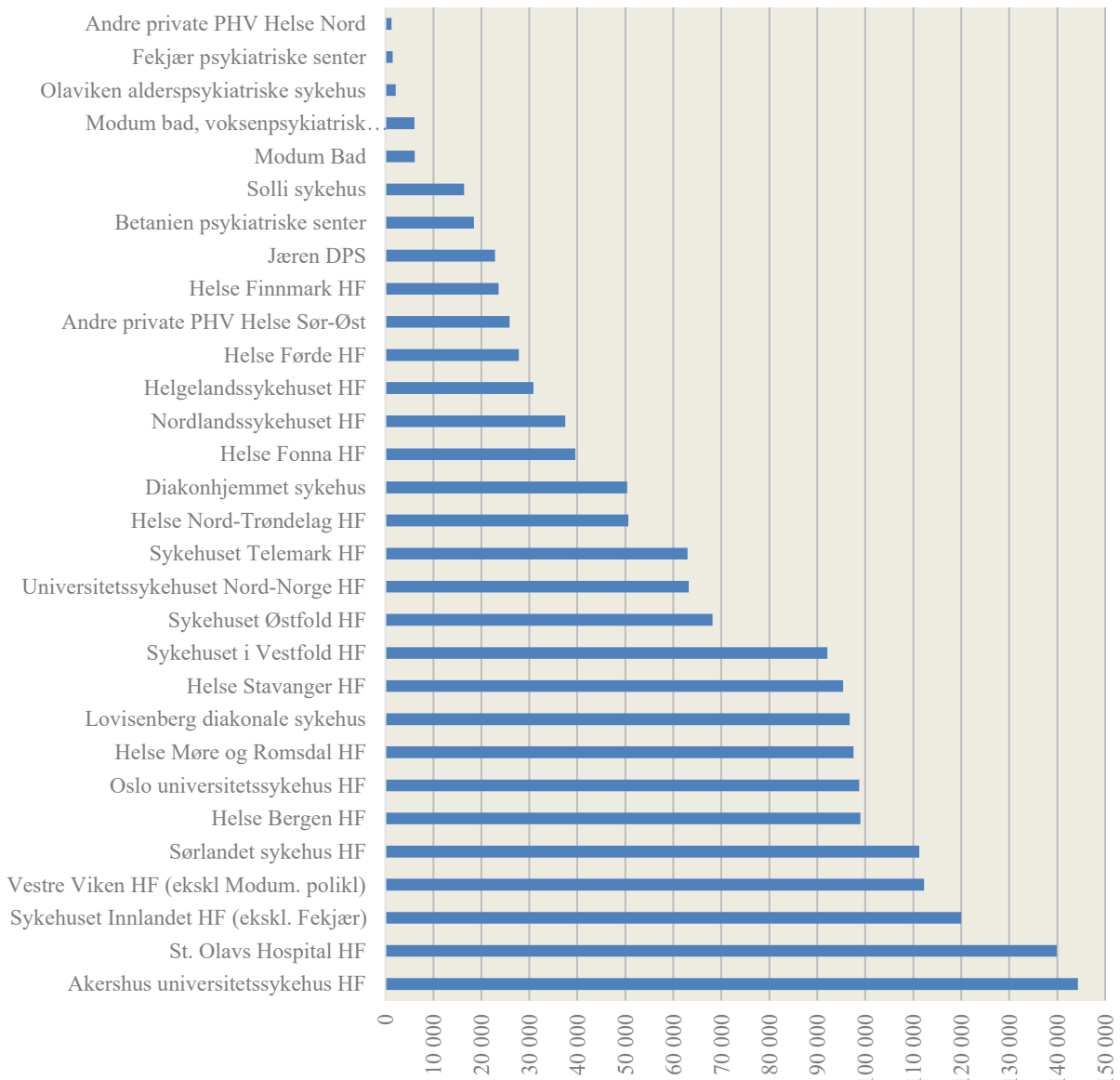


Abbildung 19. Gesamtanzahl an Konsultationen in psychiatrischen Ambulanzen geordnet nach Versorgungsregionen in Norwegen 2015.

Anmerkungen:

Quelle: Statistisk Sentralbyrå (2015).

Sykehus = Krankenhaus, PHV = Erwachsenenpsykiatrische Dienste (psykisk helsevern for voksne), HF = Gesundheitsbetrieb (helseforetak).

2.3.4.2.2 Niedergelassene FachärztInnen

Mit Anfang 2017 waren insgesamt 2.245 FachärztInnen für Psychiatrie in Norwegen registriert. Nach Allgemeinmedizin und Innere Medizin ist Psychiatrie die am häufigsten gewählte Fachrichtung im Land [47]. Nach Zahlen des SSB waren im Jahr 2016 781 mit den regionalen Gesundheitsinstitutionen vertraglich kooperierende niedergelassene PsychiaterInnen tätig. Das entspricht einer Dichte von 0.15 ÄrztInnen pro 1.000 EinwohnerInnen. Die Zusammenarbeit mit der Gesundheitsregion ist sowohl für die

Reduktion von Wartezeiten und Einhaltung der gesetzlichen Fristen, als auch für die Qualitätssicherung nach nationalen Standards ein wichtiger Grundstein. Zudem wird die Organisation vor allem für die Nachbetreuung der PatientInnen dadurch wesentlich vereinfacht.

Tabelle 5 zeigt die sehr unterschiedliche Dichte an FachärztInnen im genannten Arbeitsverhältnis in den unterschiedlichen Gesundheitsregionen. Die Region Sør-Øst mit der Hauptstadt Oslo ist eindeutig der am besten versorgte Teil des Landes, während im nördlichen Raum die Dichte nur halb so groß ist.

Tabelle 5. Gesamtanzahl und Anzahl/1.000 EinwohnerInnen an niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie mit Kooperationsvereinbarung in Norwegen im Jahr 2016.

	Niedergelassene FachärztInnen Psychiatrie mit Kooperationsvereinbarung	Niedergelassene FachärztInnen Psychiatrie mit Kooperationsvereinbarung/ 1.000 EinwohnerInnen
Helse Sør-Øst	525	0.18
Helse Vest	139	0.13
Helse Midt-Norge	72	0.10
Helse Nord	45	0.09

Anmerkung: Quelle: Statistisk Sentralbyrå 2016.

Zusätzlich existieren noch niedergelassene PsychiaterInnen ohne einen solchen Kooperationsvertrag. Sie werden auch oft als ganzheitlich Private (helprivate) bezeichnet. Diese Gruppe erscheint allerdings auf keiner der Informations- und Statistikportale des Landes und ist somit schwer erfassbar.

2.3.4.2.3 PsychotherapeutInnen

Die Ausbildung zum/r PsychotherapeutIn ist in Norwegen nicht gesetzlich geregelt. Verschiedene Institute und Universitäten bieten unterschiedlich aufgebaute Kurse und Studien zu den vielfältigen Therapiemethoden an, eine einheitliche Ausbildung existiert allerdings nicht. Der dadurch erlangte Berufsstand enthält nach § 2 albl 2003 [48] auch keinen geschützten Titel und die Arbeit als PsychotherapeutIn zählt als alternativmedizinische Tätigkeit.

Einen anderen Stellenwert hat die Weiterbildung in Psychotherapie für ÄrztInnen und PsychologInnen. Sie erhalten laut § 48 hpl 1999 [49] einen geschützten Titel und sind nicht an

das Alternativmedizingesetz gebunden. Viele von ihnen arbeiten in eigener Praxis, einige an psychiatrischen Abteilungen.

Durch die fehlende einheitliche Definition des Psychotherapieberufs lassen sich keine Aussagen zur Anzahl und Verteilung der TherapeutInnen treffen. Es ist lediglich bekannt, dass die norwegische Gesellschaft für Psychotherapie (NFP) in etwa 600 Mitglieder hat (2014). Die NFP bietet 5 zertifizierte Ausbildungsinstitute im ganzen Land an [50].

2.3.4.2.4 Die Rolle der AllgemeinmedizinerInnen

Praktische ÄrztInnen sind in fast allen Fällen die erste Anlaufstelle für Erkrankte im Allgemeinen, so auch für psychiatrische PatientInnen, da ohne Überweisung meist keine fachärztliche Konsultation stattfinden kann. Die AllgemeinmedizinerInnen sind entsprechend § 10 Forskrift om fastlegeordning i kommunene 2013 [51] verpflichtet PatientInnen auf ihrer Liste so gut wie möglich selbst zu behandeln, bei Bedarf an fachärztliche Einrichtungen zu überweisen und nachzubetreuen. Sie sind dazu berechtigt leichte bis mittelschwere psychiatrische Leiden zu therapieren und müssen über das Angebot an spezialisierten Institutionen in ihrer Umgebung gut Bescheid wissen. Eine wichtige Kompetenz, denn psychische Erkrankungen stellen den häufigsten Konsultationsgrund bei HausärztInnen dar (Abb. 10).

Behandlungen umfassen meist medikamentöse Therapien für leichte bis moderate Depressionen, Angststörungen, Schlafprobleme und Schmerzen. Manche AllgemeinmedizinerInnen sind zudem in kognitiver Therapie und motivierender Gesprächsführung ausgebildet. In der Nachbetreuung geht es hauptsächlich um Medikamentenverschreibungen und Überweisung an spezialisierte Dienste [52].

Einige wenige praktische ÄrztInnen sind als sogenannte Praxiskonsulenten (praksiskonsulentene) an Krankenanstalten angestellt. Sie sollen die Kommunikation zwischen Krankenhaus und HausärztInnen verbessern und eine gute Zusammenarbeit sicherstellen. Von ihnen waren im Jahr 2012 24 an DPS-Kliniken tätig, elf in der Region Helse Sør-Øst, zehn in Helse Vest und einer in Helse Nord [53].

2.3.4.2.5 Komplementäre Dienste

Um das Angebot an Versorgung für psychisch Erkrankte zu vervollständigen spielen vor allem PsychologInnen in Norwegen eine große Rolle. Ihre Kompetenz reicht von Präventionsarbeit über Diagnostik bis zur Behandlung und Nachbetreuung psychischer Erkrankungen. Sie haben wie niedergelassene PsychiaterInnen meist einen Vertrag mit den umliegenden Kliniken. In den letzten Jahren fand in Norwegen ein großes Wachstum an PsychologInnen statt (Abb. 20) [54]. Grund dafür ist der Eskalationsplan für psychische Gesundheit (opptrappingsplan for psykisk helse) von 1998 bis 2008, eine umfangreiche gesundheitspolitische Reform, welche unter anderem einen Zuwachs von 184 PsychologInnen für die kommunale Versorgung vorgesehen hat [55]. Vorteile dieser Dienste sind die kurzen bis nicht vorhandenen Wartezeiten und die Möglichkeit sie ohne Überweisung aufzusuchen.

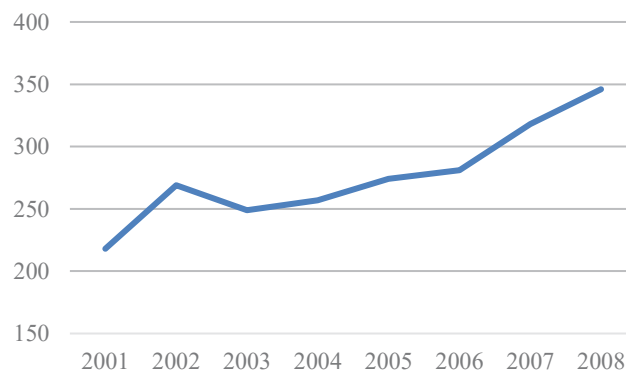


Abbildung 20. Verlauf der Anzahl von neu als Gesundheitspersonal autorisierten PsychologInnen in Norwegen im Zeitraum von 2001-2008.

Quelle: Norsk psykologforenings medlemsstatistikk (2013)

Ein weiteres Angebot für psychiatrische PatientInnen ist die sogenannte rasche psychische Gesundheitshilfe (Rask Psykisk Helsehjelp). Hier betreut Personal mit einer mindestens dreijährigen Hochschulausbildung und zusätzlicher Weiterbildung in kognitiver Therapie PatientInnen mit Angststörungen, leichter bis moderater Depression sowie Schlafstörungen. Das Angebot ist gratis, frei zugänglich und es besteht eine Zusammenarbeit mit den regionalen praktischen ÄrztInnen und allen übrigen psychiatrischen Diensten, um eine bedarfsweise Weiterüberweisung der PatientInnen zu ermöglichen [52].

2.4 Psychiatrische Ausbildung

2.4.1 Medizinstudium in Österreich

Um einmal den Beruf des/r Psychiaters/Psychiaterin ausüben zu können muss zu allererst das Studium der Humanmedizin absolviert werden. In Österreich gibt es dafür vier öffentliche medizinische Universitäten in Wien, Graz, Innsbruck und Linz und eine Privatuniversität in Salzburg. An allen Hochschulen muss nach § 71d Abs 5 UG 2002 [56] ein Zugangsverfahren mit einem Aufnahmetest durchlaufen werden. Dieser findet für die öffentlichen Universitäten einmal jährlich zeitgleich Anfang Juli am jeweiligen Standort statt. Daher können sich AnwärterInnen für nur einen Platz mit Studienstart Anfang Oktober an nur einer Universität pro Jahr bewerben. Für das Diplomstudium Humanmedizin wurden an der medizinischen Universität Wien 660, in Graz 336 und in Innsbruck 360 neue Studienplätze für das Jahr 2016/17 vergeben. Für das Bachelorstudium Humanmedizin in an der Johannes Kepler Universität Linz wurden 120 und in Salzburg 50 StudentInnen aufgenommen [57,58].

Die Mindeststudienzeit beträgt, außer in Salzburg mit fünf Jahren, zwölf Semester und umfasst Lehrveranstaltungen, Praktika und Prüfungen mit insgesamt 360 ECTS-Punkten. Der Studienaufbau unterscheidet sich an den verschiedenen Universitäten wesentlich voneinander. Ihnen gemeinsam ist allerdings das letzte Studienjahr, das als sogenanntes klinisch praktisches Jahr (KPJ) nach dem Vorbild Deutschlands und der Schweiz durch Mitarbeiten an unterschiedlichen Krankenhausabteilungen beziehungsweise einer allgemeinmedizinischen Praxis den Einstieg in den klinischen Alltag gewährleisten soll. Bei den meisten Studien wird auch schon davor eine bestimmte Anzahl an Wochen medizinischer Praktika an Krankenanstalten, sogenannter Famulaturen, verlangt. Beurteilungen finden während des Studiums überwiegend in schriftlicher Form, mit Ausnahme der sogenannten „objective structural clinical examination“ (OSCE), statt [58–63].

Die Diplomstudiengänge Humanmedizin an den medizinischen Universitäten Wien, Graz und Innsbruck sowie an der Paracelsus Universität Salzburg erfordern für den Abschluss des Studiums außerdem das Verfassen einer Diplomarbeit. Die StudentInnen schließen mit dem Titel „doctor medicinae universae“ oder kurz „dr.med.univ.“ ab [58–60,62,63]. Eine Besonderheit bietet das seit Kurzem an der medizinischen Fakultät der Johannes-Kepler-Universität Linz mögliche erste Bachelor- und Masterstudium für Humanmedizin Österreichs. Die ersten vier Semester des Bachelors werden hierbei in einer Kooperation mit der

medizinischen Universität Graz an deren Vorklinik abgehalten. Wie in anderen derartig aufgebauten Studiengängen muss auch hier jeweils eine Bachelor- und Masterarbeit erstellt werden [61,63]. Österreich hat eine der höchsten Zahlen an AbsolventInnen in Humanmedizin Europas im Vergleich zur Bevölkerungszahl [64]. Allerdings verlassen etwa 30% von ihnen nach dem Abschluss das Land, um im Ausland zu arbeiten [65], was eine große Problematik darstellt. Seit Kurzem bieten auch die Karl-Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften am Campus Krems und die Sigmund Freud Privatuniversität Wien das Bachelor- und Masterstudium Humanmedizin an. Auf diese wurde hier allerdings nicht näher eingegangen.

2.4.2 Medizinstudium in Norwegen

Das Medizinstudium ist an vier norwegischen Universitäten möglich. An der Universität Oslo, der medizinischen Fakultät der norwegischen Universität für Wissenschaft und Technik in Trondheim (NTNU), der Universität Bergen und jener in Tromsø. Die Aufnahmebedingungen sind an jeder der vier Universitäten gleich. Es wird neben der allgemeinen Hochschulreife mit naturwissenschaftlichen Fächern, ausreichende Englischkenntnisse sowie eine Mindestanzahl an Punkten, die sich aus Schulnoten sowie dem Alter zusammensetzen, verlangt [66–71]. Sollte diese Quote, die jedes Jahr neu festgelegt wird und für die verschiedenen Universitäten unterschiedlich hoch ist unterschritten werden besteht die Möglichkeit Schulkurse im nächsten Jahr zu wiederholen und Noten aufzubessern. Es werden pro Jahr im ganzen Land etwas mehr als 600 Studienplätze vergeben, wobei jeweils 110 auf Herbst- und Frühjahrssemester in Oslo, 135 auf Trondheim, 116 auf Tromsø sowie 165 Plätze auf die Universität Bergen fallen [70].

Es werden ebenfalls jeweils 360 ECTS-Punkte benötigt, die in einer Mindeststudienzeit von sechs Jahren absolviert werden können. Die Studienpläne der einzelnen Universitäten für Humanmedizin sind auch in Norwegen sehr unterschiedlich aufgebaut. Es wird allgemein sehr großer Wert auf eine praxisorientierte Ausbildung und regelmäßigen PatientInnenkontakt gelegt. Dazu werden die StudentInnen im Rahmen des Studiums auch in mehrwöchigen Praktika bei AllgemeinmedizinerInnen und/oder Krankenhäusern oft einige Kilometer von der Universitätsstadt entfernt eingesetzt [66–69].

Auch Prüfungen haben meist neben einem schriftlichen auch einen mündlich-praktischen Teil, in dem die zukünftigen ÄrztInnen medizinische Fertigkeiten wie

Untersuchungsmethoden, invasive Verfahren und Entscheidungsfähigkeit zeitweise auch an echten PatientInnen unter Beweis stellen müssen. Am Ende des Studiums steht eine große Abschlussprüfung [66–69].

2.4.3 Basisausbildung in Österreich

Im Juni 2015 wurde in Österreich ein neues Ausbildungsmodell für JungmedizinerInnen nach dem abgeschlossenen Medizinstudium erstellt, die sogenannte Basisausbildung. Laut § 6 Abs 1 f ÄAO 2015 [72] soll diese mindestens neun Monate dauern und an unterschiedlichen chirurgischen und internistischen Abteilungen, die vom ärztlichen Direktor der jeweiligen Krankenanstalt ausgewählt werden, stattfinden. Ziel ist es während dieser Zeit Diagnose und Behandlung der häufigsten Erkrankungen und die selbstständige Betreuung von PatientInnen von der Aufnahme bis zur Entlassung zu erlernen. Des Weiteren sollen die JungärztInnen in der Lage sein PatientInnen in Notfallsituationen basal zu versorgen bis Hilfe eintrifft. Zudem ist darin festgelegt, dass die Basisausbildung ist von jedem/r MedizinerIn zu absolvieren ist bevor eine weiterführende Facharzt- beziehungsweise Allgemeinmedizinausbildung begonnen werden kann. § 19 Abs 1 f ÄAO 2015 legt fest, dass zur Beurteilung Rasterzeugnisse herangezogen werden, die den erfolgreichen Erwerb von bestimmten Kenntnissen, Erfahrungen und Fähigkeiten dokumentieren.

Viele ÄrztInnen befinden sich noch im alten System. § 7 Abs 1 und § 8 Abs 1 ÄAO 2006 [73] beschreiben, dass die als Turnus bezeichnete Ausbildung mindestens drei Jahre dauern und eine verpflichtende Rotation durch fast alle klinischen Fachbereiche, wobei beispielsweise die Psychiatrie einen optionalen Punkt darstellt, umfassen muss. Die Absolvierung des gesamten Turnus war mit der fertigen Ausbildung zum/r AllgemeinmedizinerIn und dem Recht selbständig zu praktizieren (ius practicandi) gleichgesetzt und war für die JungärztInnen nicht obligatorisch, sollten sie bereits davor eine Stellung als Assistenzarzt/-ärztin in einem gewünschten Fachbereich erhalten haben.

2.4.4 Basisausbildung in Norwegen

Auch im norwegischen System wird eine Grundausbildung, der sogenannte „turnus“ vor einer Weiterbildung verlangt. Laut § 4 Forskrift om turnustjeneste for leger [74] dauert dieser insgesamt eineinhalb Jahre, wobei zwölf Monate in einem Krankenhaus und sechs Monate in einem Gesundheitszentrum eines Bezirks (Kommunehelsetjenesten) verbracht werden. Die

Zielsetzung, welche in § 1 Forskrift om turnustjeneste for leger definiert ist, deckt sich im Wesentlichen mit jener der österreichischen Grundausbildung. Zusätzlich wird Wert auf die Fähigkeit der Kommunikation und Informationsvermittlung der ÄrztInnen gelegt. Speziell bei der Arbeit im Gesundheitszentrum steht die allgemeinmedizinische Ausbildung im Vordergrund. Dabei sollen nicht nur Routine in praktischen Fertigkeiten, sondern auch in täglicher Dokumentation und anderer organisatorischer Arbeiten erlangt werden, die für die Führung einer Hausarztpraxis notwendig sind.

Nach Abschluss der Basisausbildung können ÄrztInnen selbstständig als AllgemeinmedizinerInnen arbeiten oder eine Facharztausbildung beginnen. Neu seit 2013 ist die Vergabe der über das ganze Land verteilten Turnusstellen nach §§ 11 und 12 Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger [75]. Lief diese davor über Lotterielose ab, die eine vollkommen zufällige Zuteilung der einzelnen ÄrztInnen versprach, existiert seit Kurzem zweimal jährlich die Möglichkeit sich für eine Stelle der Wahl per Lebenslauf online zu bewerben. Plätze in Krankenhäusern und Gesundheitszentren werden innerhalb einer Gemeinde gekoppelt vergeben. Der Grund für die Neuerung war der hohe Andrang auf Turnusstellen von EU-Bürgern, die laut EU-Gesetz gleiches Recht auf einen Arbeitsplatz in Norwegen haben wie die NorwegerInnen selbst und sich somit bei Erfüllung der notwendigen Voraussetzungen genauso für die Lotterie anmelden konnten. Die dadurch entstandene lange Liste führte zu Wartezeiten von bis zu einem Jahr. Das neue Verfahren soll den Arbeitsmarkt regulieren [76].

2.4.5 Facharztausbildung in Österreich

Laut § 17 Abs 2 ÄAO 2015 nimmt die Ausbildung zum Facharzt/ärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin in Österreich im Anschluss an die absolvierte Basisausbildung mindestens 63 Monate in Anspruch. Diese sind in eine Grundausbildung mit 36 Monaten und eine Schwerpunktausbildung mit 27 Monaten aufgeteilt. Während Letzterer müssen aus den sechs Modulen „Abhängigkeit und Sucht“, „Forensische Psychiatrie“, „Gerontopsychiatrie“, „Psychosomatische Medizin und fachspezifische Schmerztherapie“, „Psychiatrische Rehabilitation“, und „Adoleszentenpsychiatrie“, sowie einem wissenschaftlichen Modul, drei gewählt werden. Wie auch bei der Basisausbildung werden zufolge § 19 Abs 1 f ÄAO 2015 hier Kenntnisse, Erfahrungen und praktische Fertigkeiten mittels Rasterzeugnissen bewertet.

Zusätzlich muss eine Psychotherapieausbildung absolviert werden. Diese beinhaltet eine 80-stündige Einführung in die Praxis der humanistischen -, systemischen-, psychodynamischen- und verhaltenstherapeutischen Tradition, sowie eine Vertiefung in diagnostischer und therapeutischer Fähigkeiten, welche 120 Stunden umfasst. Darüber hinaus werden mindestens 60 selbstständig durchgeführte Erstuntersuchungen, 10 PatientInnenvorstellungen, sowie 120 Stunden Supervision der Tätigkeiten und 190 Stunden Selbsterfahrung in Form einer Psychotherapie verlangt [72]. Am Ende der Facharztausbildung steht die Facharztprüfung gemäß § 17 Abs 2 ÄAO 2015, welche von der österreichischen Akademie der Ärzte durchgeführt wird.

In der zuvor geltenden Verordnung von 2006 existierten keine Schwerpunktmodule. Stattdessen waren in Anlage 37 ÄAO 2006 zusätzlich zu den mindestens fünf Jahren im Hauptfach sechs Monate auf einer Abteilung für Innere Medizin und weitere sechs Monate auf einer Neurologie vorgesehen. Zudem wurde die Psychotherapieausbildung nicht durch die Abteilung organisiert, sondern extern über das Diplom für Psychotherapeutische Medizin (PSY 3) der Ärztekammer erlangt, welches vier Jahre und 1.870 Stunden in Anspruch nimmt [77].

2.4.6 Facharztausbildung in Norwegen

Nach Allgemeinmedizin und Innere Medizin ist Psychiatrie die am häufigsten gewählte medizinische Fachrichtung in Norwegen [47]. Die Ausbildung zum/r Facharzt/ärztin dauert fünf Jahre. Mindestens zwei Jahre davon müssen an einer psychiatrischen Bettenstation verbracht werden und mindestens ein Jahr an einer allgemeinen psychiatrischen Ambulanz. Es besteht die Möglichkeit ein Jahr alternativ der Forschung, einer anderen relevanten Fachrichtung, Allgemeinmedizin oder dem Bereich Public Health zu widmen. Zusätzlich kann ein weiteres Jahr der Ausbildung im Fachbereich Kinder- und Jugendpsychiatrie gearbeitet werden [78].

Innerhalb von zweieinhalb Jahren soll ein 200-stündiger Grundkurs in Verwaltung und Führung sowie ein inkludierter Online-Kurs zu psychiatrischem Expertenwissen absolviert werden. Des Weiteren steht den zukünftigen PsychiaterInnen eine mindestens dreijährige Psychotherapiesupervision im Ausmaß von 70 Stunden für zwei Jahre in psychodynamischer Therapie und 35 Stunden über ein Jahr in psychodynamischer-, kognitiver – oder

Gruppentherapie zu. Die Supervision wird von eine/n Facharzt/ärztin für Psychiatrie mit Kompetenz als Ausbilder zur Psychotherapie durchgeführt [78,79].

3 Fragestellungen

In zuvor durchgeführter Recherche zeigen sich einige deutliche Unterschiede im grundsätzlichen Systemaufbau und im Speziellen dem Fachgebiet der Psychiatrie zwischen beiden Ländern. Es stellt sich die Frage ob die derzeitig bestehende Situation in Österreich dem wachsenden Bedarf an psychiatrischer Versorgung standhalten kann. Die zunehmende Abwanderung der MedizinstudentInnen und darauf resultierender ÄrztInnenmangel lassen daran zweifeln. Die tatsächliche Lage für die Betroffenen soll mittels ExpertInneninterviews und ergänzender Literatur eruiert werden. Dazu sollen folgende Fragen beantwortet werden:

Ist die Zufriedenheit der Befragten in Bezug auf ihr Medizinstudium unterschiedlich? Was könnten Gründe für die Flucht der österreichischen AbsolventInnen ins Ausland sein? Gibt es Möglichkeiten diese zu verhindern?

Sind die Arbeitsverhältnisse für PsychiaterInnen in Norwegen besser als in Österreich oder umgekehrt? Welche Aspekte sind für die Betroffenen besonders wichtig, welche Umstände besonders belastend beziehungsweise positiv? Spielt das Gehalt eine große Rolle? Lässt sich die derzeitige Situation optimieren?

Wo liegen mögliche Schwachstellen im System beider Länder und wie können diese ausgebessert werden?

Die bereits gesammelten Eindrücke legen nahe, dass das norwegische System auf effizientere Weise funktioniert als das österreichische und die Befragten zufriedener sind. Es werden allerdings aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl für die ExpertInneninterviews keine sehr aussagekräftigen Ergebnisse erwartet, sondern hauptsächlich richtungsweisende Einblicke in Stärken und Schwächen des bestehenden Systems.

4 Material und Methoden

4.1 Literaturrecherche

Anhand einer Literaturrecherche soll ein Überblick über den Aufbau der Gesundheitssysteme Norwegens und Österreichs, die aktuelle Bedarfs- und Angebotssituation im Fachbereich Psychiatrie der beiden Länder sowie deren jeweilige Ausbildungswege zum/r Facharzt/ärztin der Psychiatrie gegeben werden.

Zum Erwerb von Daten und Fakten wurden im Zeitraum von August 2016 bis Juni 2017 über Google beziehungsweise direkt Statistikportale, Informationsseiten und Berichte von Bundesregierungen, WHO, Ärztekammern, Medizinischen Universitäten und Sozialversicherungsträgern sowie Rechtsinformationssysteme in den Sprachen Deutsch, Englisch und Norwegisch systematisch durchsucht und herangezogen. Zusätzlich wurden über PubMed und Mendeley relevante, im Volltext verfügbare Publikationen recherchiert.

4.1.1 Auswertung

Zur Darstellung von Daten aus genannten Quellen wurden Grafiken und Tabellen mittels Excel 2016 erstellt.

4.2 ExpertInneninterviews

Zur Erfassung der Arbeitssituation von norwegischen und österreichischen PsychiaterInnen und deren professioneller Meinung zur Funktion des Systems wurden Interviews mit ÄrztInnen aus dem Fachbereich Psychiatrie im Zeitraum zwischen Jänner 2016 und November 2016 geführt. Insgesamt wurden zwölf ExpertInnen befragt. Sechs Interviews fanden im Zuge eines Auslandsaufenthaltes von Jänner bis Mai 2016 in Trondheim in Norwegen am Østmarka Krankenhaus, einem Teil des St.Olav-Universitätsklinikums, beziehungsweise an nahegelegenen DPS-Kliniken statt. Die restlichen sechs Befragungen wurden an der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am LKH-Universitätsklinikum Graz von August bis November 2016 durchgeführt.

Die befragten Personen wurden durch von KollegInnen oder bekannten ÄrztInnen ermittelte E-Mail-Adressen kontaktiert und Termine mit ihnen vereinbart. Es nahmen fünf Männer und sieben Frauen an den Interviews teil. Darunter fanden sich sieben AssistenzärztInnen, zwei

Oberärzte, eine Fachärztin und zwei ProfessorInnen. Die Altersspanne reichte von 28 bis 62 Jahren und das durchschnittliche Alter lag in Norwegen bei 42.8 und in Österreich bei 36.0 Jahren. Die genaue deskriptive Statistik der persönlichen Daten der Interviewten wird in den Tabellen 6 bis 8 dargestellt.

Tabelle 6. Mittelwerte und Standardabweichungen für Alter, Anzahl der Jahre im derzeitigen Berufsstand und benötigte Zeit für das Medizinstudium in Jahren der Befragten aufgeteilt auf deren Herkunftsländer.

	Österreich	Norwegen
Alter	36.00 (8.60)	42.83 (13.45)
Jahre in derzeitigem Berufsstand	4.50 (2.17)	6.83 (6.18)
Benötigte Jahre für das Medizinstudium	7.17 (2.04)	6.33 (0.52)

Tabelle 7. Geschlechterverteilung der Befragten in Häufigkeiten und Prozent aufgeteilt auf deren Herkunftsländer.

	Häufigkeit Österreich	Häufigkeit Norwegen	Prozentanteil Österreich	Prozentanteil Norwegen
männlich	2	3	33.3	50.0
weiblich	4	3	66.7	50.0

Tabelle 8. Verteilung einzelner Berufsstände der Befragten in Häufigkeiten und Prozent aufgeteilt auf deren Herkunftsländer.

	Häufigkeit Österreich	Häufigkeit Norwegen	Prozentanteil Österreich	Prozentanteil Norwegen
AssistenzärztInnen	4	3	66.7	50.0
FachärztInnen	1	0	16.7	0.0
OberärztInnen	1	1	16.7	16.7
ProfessorInnen	0	2	0.0	33.3

Die Befragungen liefen anonym und im persönlichen Gespräch ab und wurden unter Anleitung eines zuvor eigens erstellten Fragebogens mit mehreren Antwortmöglichkeiten geführt, welcher im Anhang ersichtlich ist und insgesamt 46 Fragen enthält. Ein Gespräch dauerte im Schnitt rund 20 Minuten und wurde mit einem Diktiergerät aufgenommen, um mögliche ausführlichere Ergänzungen festzuhalten. Interviews in Norwegen wurden auf Englisch, jene in Österreich auf Deutsch geführt. Versendungen der Bögen via E-Mail wurde nicht in Betracht gezogen, da es wichtig schien einen Einblick über die Verhältnisse vor Ort zu erhalten, Raum für zusätzliche offene Fragen und einen Gedankenaustausch zu ermöglichen.

Der Inhalt des Fragebogens behandelte mehrere Themenblöcke. Im ersten Teil wurden allgemeine Daten wie Alter, Geschlecht, Herkunftsland und Berufsstand erfragt, darauf

folgten Fragen über Zufriedenheit zum Medizinstudium und im speziellen den Anteil an Psychiatrie. Im nächsten Block wurde die Arbeitssituation der Interviewten und deren Zufriedenheit damit behandelt, dazu Ausbildung, Höhe des Gehalts, Arbeitsbelastung, Zeit für PatientInnenbetreuung, Fragen zu unterstützenden Programmen, Forschung und Fortbildung. Der Psychotherapieausbildung wurde ein eigener Teil gewidmet in dem eruiert wurde ob die Ausbildung verpflichtend ist/war, in der Freizeit absolviert werden muss/musste, ob sie finanziell gefördert wird/wurde und ob die Befragten deren Ausmaß für sinnvoll halten. Als Abschluss sollten sich die ÄrztInnen zu ihrem subjektiven Empfinden über ihr PatientInnengut äußern, dazu gehörten häufigste Altersgruppen sowie Erkrankungen, Geschlecht und Angemessenheit der Liegedauer. Ein Großteil der Antwortmöglichkeiten enthielt eine fünfteilige Skalierung von „gar nicht zufrieden“ bis „sehr zufrieden“ beziehungsweise „sehr wenig“ bis „sehr viel“.

4.2.1 Auswertung

Die Auswertung erfolgte im Juli 2017. Dafür wurden alle Interviewfragen als Variablen in SPSS Version 22 definiert, die Antwortmöglichkeiten als Zahlen kodiert und für jedes Gespräch eingetragen. In weiterer Folge wurden für alle Daten deskriptive Statistiken erstellt, welche Mittelwert und Standardabweichung beziehungsweise Prozentanteile enthalten. Für die Themengebiete Ausbildung und Arbeitsverhältnisse, wurden aufgrund der kleinen Stichprobe zusätzlich non-parametrische Mann-Whitney-U-Tests angewendet, um mögliche Unterschiede in Antworten zwischen beiden Ländern herauszufinden. Zur Auswertung von Entscheidungsfragen mit zwei Ausprägungen wurden zudem Chi-Quadrate eingesetzt. Das Signifikanzniveau wurde auf $p < .05$ festgesetzt. Obwohl die Antworten darauf hinweisen könnten, dass bei einer größeren Stichprobe durchaus aussagekräftige Testresultate berechnet werden könnten, sind aufgrund der geringen Stichprobengröße kaum signifikante Ergebnisse zu erwarten.

5. Ergebnisse

5.1 Studium

Die deskriptive Statistik für Fragen aus der Kategorie Studium ist in Abbildung 21 ersichtlich. Mittels non-parametrischer Tests zur allgemeinen Zufriedenheit über das Medizinstudium konnte kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen Österreich und Norwegen erfasst werden ($U = 9.000$, $p = .18$). Trotz einer im Mittelwert relativ groß wirkenden Differenz lässt sich auch für die Quantität der für den Fachbereich Psychiatrie aufgewandten Lehre kein signifikantes Ergebnis erzielen ($U = 8.000$, $p = .13$). Sowohl die Qualität der psychiatrischen Lehre ($U = 16.000$, $p = .82$) und die generelle Zufriedenheit über das Fach Psychiatrie im Studium ($U = 17.500$, $p = .94$) wird in beiden Gruppen sehr ähnlich beschrieben.

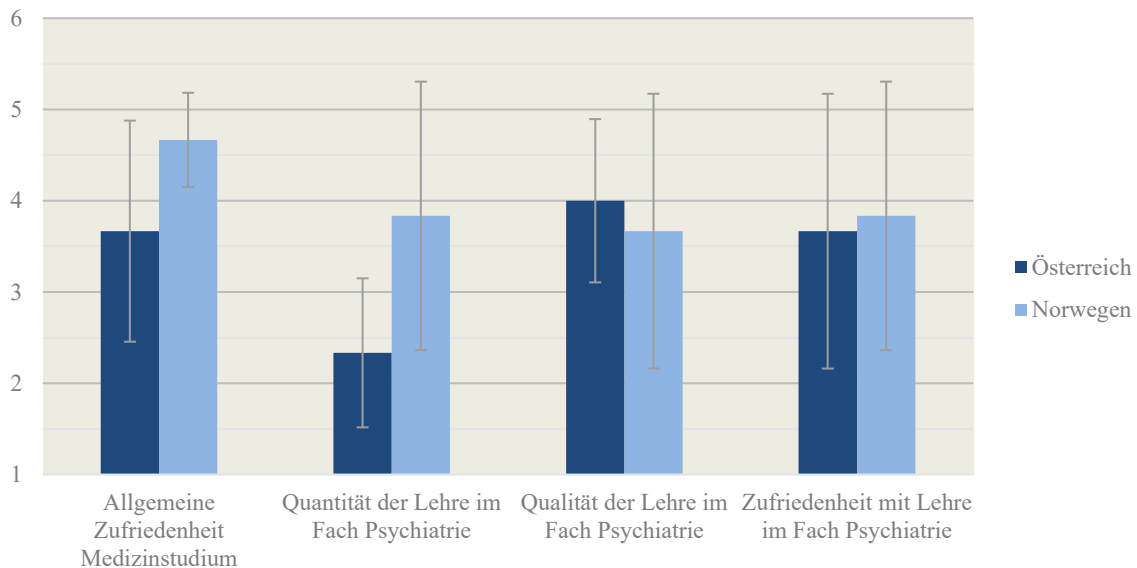


Abbildung 21. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zum Medizinstudium und den Fachbereich Psychiatrie im Studium aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkung:

Antwortmöglichkeiten auf die Fragen „Allgemeine Zufriedenheit Medizinstudium“ und „Zufriedenheit mit Lehre im Fach Psychiatrie“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Quantität der Lehre im Fach Psychiatrie“: 1-sehr wenig, 2-wenig, 3-angemessen, 4-viel, 5-sehr viel.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Qualität der Lehre im Fach Psychiatrie“: 1-nicht genügend, 2-genügend, 3-befriedigend, 4-gut, 5-sehr gut.

5.2 Facharztausbildung

Abbildung 22 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen von Antworten zum Thema Facharztausbildung. Daraus ist ersichtlich, dass Stellungswechsel in Österreich häufiger vorkamen als in Norwegen. Das Testergebnis zeigt allerdings keine Signifikanz ($U = 12.500$, $p = .39$). Antworten über das Vorkommen von Wartezeiten für eine Assistenzstelle fielen für jede/n Befragte/n gleich aus, da für niemanden eine Wartezeit anfiel. Auch die Zufriedenheit mit der Facharztausbildung fiel für ÄrztInnen beider Nationalitäten sehr positiv aus und zeigte keinerlei Signifikanz ($U = 17.000$, $p = .94$).

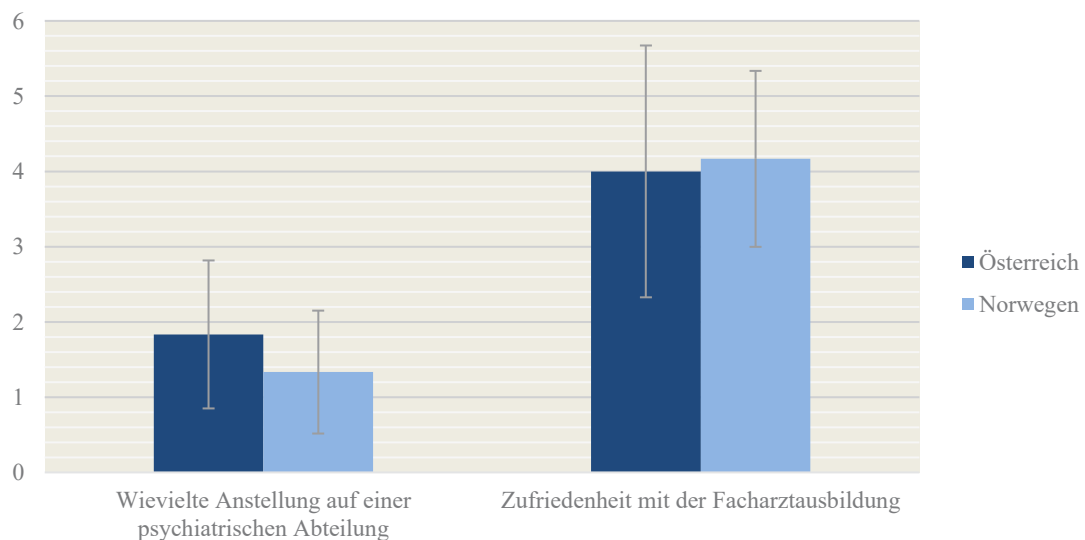


Abbildung 22. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zu Anstellungswechsel und Zufriedenheit im Rahmen der Facharztausbildung aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkung:

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „wievielte Anstellung auf einer psychiatrischen Abteilung“: 1-1. Anstellung (kein Wechsel), 2-2. Anstellung (einmaliger Wechsel), 3- >2. Anstellung (Wechsel öfter als einmal).

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der Facharztausbildung“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.3 Arbeitszeit

Während Wochenstunden für beide Länder in Mittelwert und Standardabweichungen kaum einen Unterschied aufweisen und auch im Testverfahren keine Signifikanz nachgewiesen werden kann ($U = 15.000$, $p = .70$) liegt für die Anzahl der Stunden eines durchschnittlichen Schichtdienstes eine signifikante Differenz vor (Abb. 23; $U = 0.000$, $p = .002$).

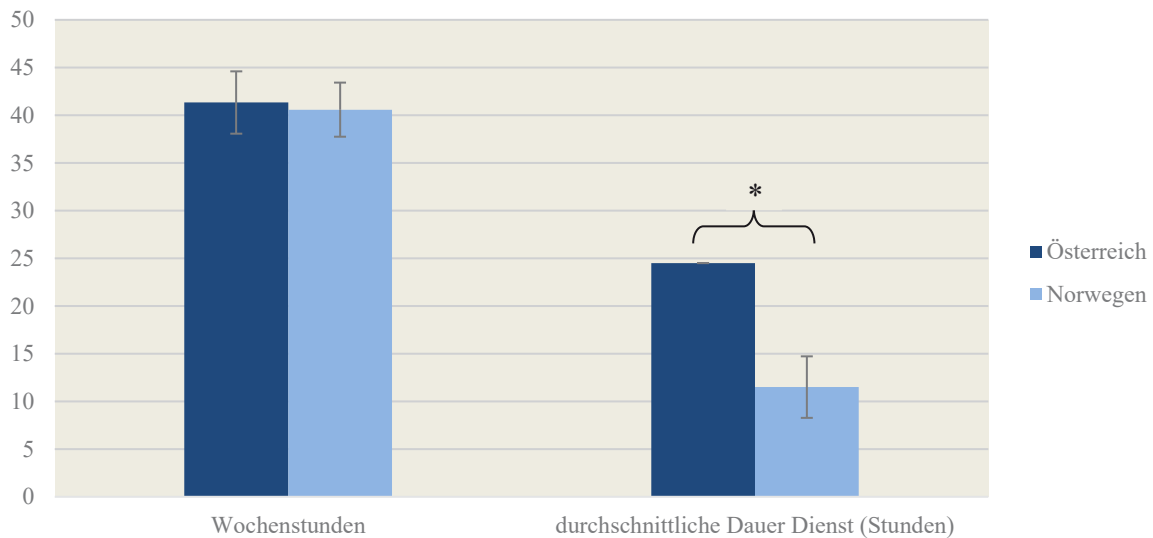


Abbildung 23. Mittelwerte und Standardabweichungen für wöchentliche Arbeitsstunden laut Vertrag (ohne Überstunden) und die durchschnittliche Dauer eines Schichtdienstes (Unterschiede in Wochentags- und Wochenenddiensten) der Befragten aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkung: * = $p < 0.05$

In Österreich wird pro Monat im Durchschnitt etwa ein Schichtdienst mehr verrichtet als in Norwegen. Das Testverfahren dafür ergibt jedoch kein signifikantes Ergebnis (Abb. 24; $U = 10.500$, $p = .24$).

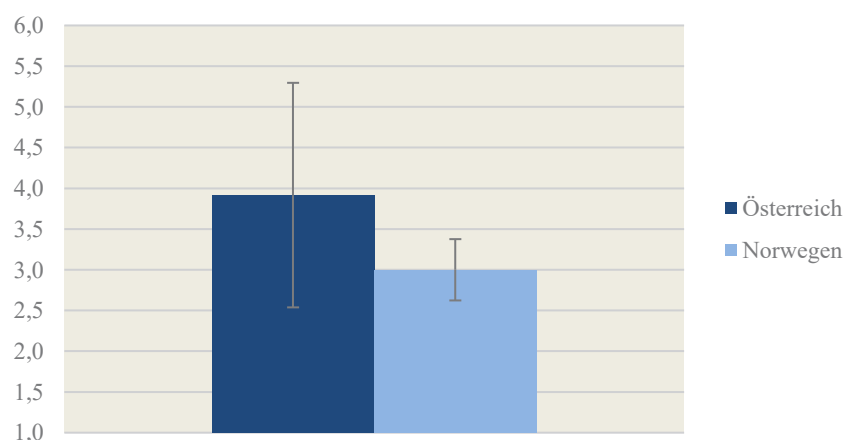


Abbildung 24. Mittelwerte und Standardabweichungen der durchschnittlich pro Monat angetretenen Schichtdienste der Befragten aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

5.4 Gehalt

Der monatliche Verdienst fiel nach Umrechnung auf Euro bei den norwegischen Befragten deutlich höher aus als bei den österreichischen ÄrztInnen (Abb. 25), was sich auch in einem signifikanten Testergebnis niederschlug ($U = 0.000$, $p = .002$). Trotzdem war die Zufriedenheit über das monatliche Gehalt im Mittelwert sehr ähnlich (Abb. 25) und es zeigten sich keine wesentlichen Unterschiede ($U = 13.000$, $p = .49$).

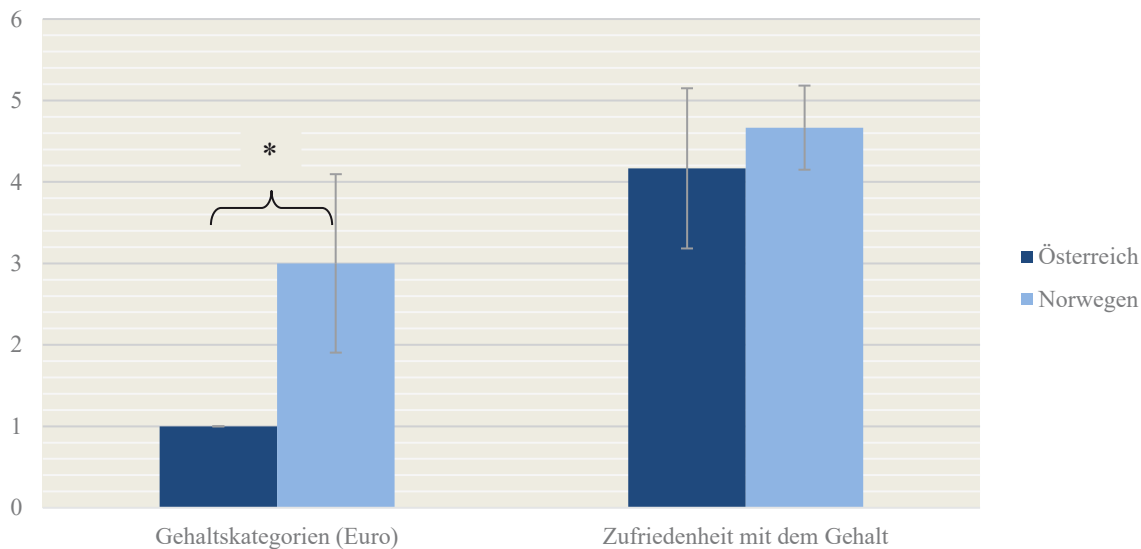


Abbildung 25. Mittelwerte und Standardabweichungen für Gehaltskategorien und Zufriedenheit mit dem Gehalt aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkungen:

* = $p < 0.05$

angeführt wurde das monatliche Nettogehalt ohne jegliche Zulagen (Überstunden, Dienste, etc.).

Gehaltskategorien: 1- 2.000-4.000 Euro, 2- 4.000-6.000 Euro, 3- 6.000-8.000 Euro, 4- > 8.000 Euro.

5.5 Arbeitsbelastung und Freizeit

Mittelwerte und Standardabweichungen zur Arbeitsbelastung und Freizeit werden in Abbildung 26 dargestellt. Die Befragten empfanden die Höhe der durchschnittlichen Arbeitsbelastung als annähernd gleich hoch und es war kein signifikanter Unterschied zu verzeichnen ($U = 15.000$, $p = .70$). Auch die Zufriedenheit über die Belastung im Job fiel für Angehörige der beiden Nationalitäten ähnlich positiv aus, wodurch sich auch hier kein signifikantes Testergebnis ergibt ($U = 15.000$, $p = .70$). Die subjektiv wahrgenommene Menge an Freizeit unterschied sich im Mittelwert um eine Kategorie. Im Testverfahren konnte allerdings keine Signifikanz erreicht werden ($U = 7.500$, $p = .09$). Anders verhält es sich bei der Zufriedenheit mit der verfügbaren Freizeit. Hier ist in der deskriptiven Statistik eine

deutliche Differenz in den Mittelwerten zu erkennen und auch im Test konnte ein signifikantes Ergebnis verifiziert werden ($U = 4.000, p = .03$).

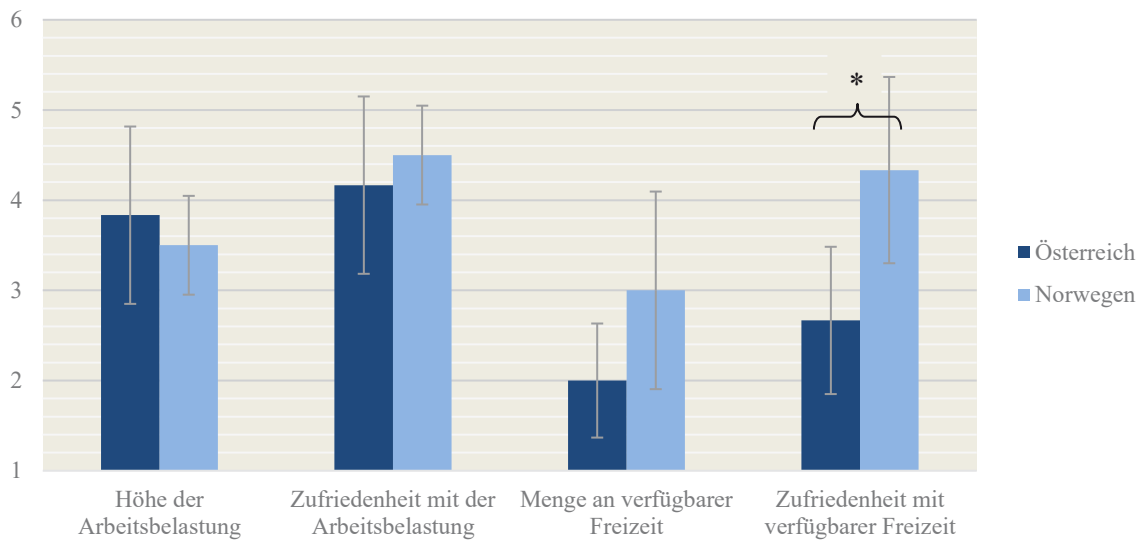


Abbildung 26. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zu Höhe der Arbeitsbelastung, Zufriedenheit mit der Arbeitsbelastung, Menge an verfügbarer Freizeit und Zufriedenheit mit der zur Verfügung stehenden Freizeit aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkungen:

* = $p < 0.05$

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Höhe der Arbeitsbelastung“: 1-sehr niedrig, 2-niedrig, 3-angemessen, 4-hoch, 5-sehr hoch.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der Arbeitsbelastung“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Menge an verfügbarer Freizeit“: 1-sehr wenig, 2-wenig, 3-angemessen, 4-viel, 5-sehr viel.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der verfügbaren Freizeit“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.6 Mentoring- und Supervisionsprogramme

Mentoringprogramme in Form von Eins-zu-eins-Betreuung der AssistenzärztInnen durch OberärztInnen waren an den Abteilungen aller Befragten vorhanden, daher besteht hier keinerlei Unterschied. Die Betroffenen waren zudem ähnlich zufrieden mit den Möglichkeiten und der Qualität des Mentorings ($U = 14.500, p = .59$). Supervisionsgruppen waren im Stationsalltag der befragten österreichischen ÄrztInnen stationsabhängig vorhanden, bei den NorwegerInnen nicht oder nur bei Bedarf. Allerdings muss erwähnt werden, dass im Rahmen der norwegischen Psychotherapieausbildung für PsychiaterInnen viele Stunden an Supervision eingeplant sind (siehe Kap. 2.4.6). Die Zufriedenheit mit Supervisionen war in beiden Gruppen wiederum wenig divergent, was auch das nicht signifikante Testergebnis beweist ($U = 11.500, p = .31$). In Abbildung 27 werden die Unterschiede von Mittelwerten und Standardabweichungen angeführt.

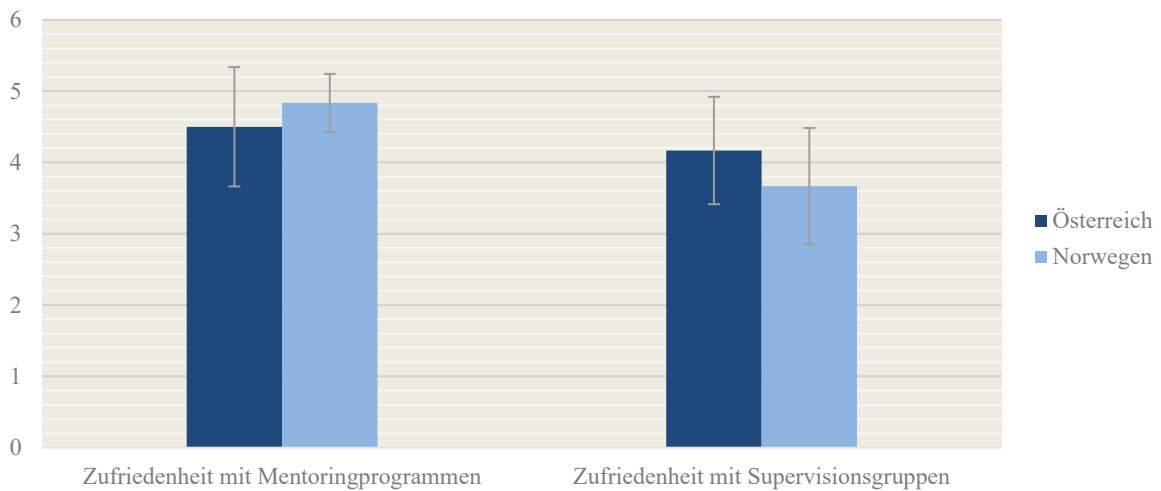


Abbildung 27. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zu der Zufriedenheit der Befragten mit Mentoringprogrammen und Supervisionsgruppen aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkungen:

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit Mentoringprogrammen“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit Supervisionsgruppen“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.7 Zeit für PatientInnenbetreuung

Der Großteil der Interviewten beider Länder hielt die ihnen zur Verfügung stehende Zeit für die PatientInnenbetreuung für ausreichend (Tab. 8). Da die Antworten für Norwegen und Österreich exakt gleich ausfielen ergibt sich keine Signifikanz in den Testresultaten ($\chi^2 = .00$, $p = 1.00$). Die Zufriedenheit mit der vorhandenen Betreuungszeit fiel bei den NorwegerInnen im Mittelwert höher aus (Abb. 28), ein signifikantes Ergebnis konnte allerdings nicht erzielt werden ($U = 13.500$, $p = .49$).

Tabelle 8. Prozentuelle Verteilung der Antworten zur Frage über adäquate verfügbare Zeit für die PatientInnenbetreuung der Befragten aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

	Österreich		Norwegen	
	Ja	Nein	Ja	Nein
Ist die Zeit für die PatientInnenbetreuung ausreichend?	83.3%	16.7%	83.3%	16.7%

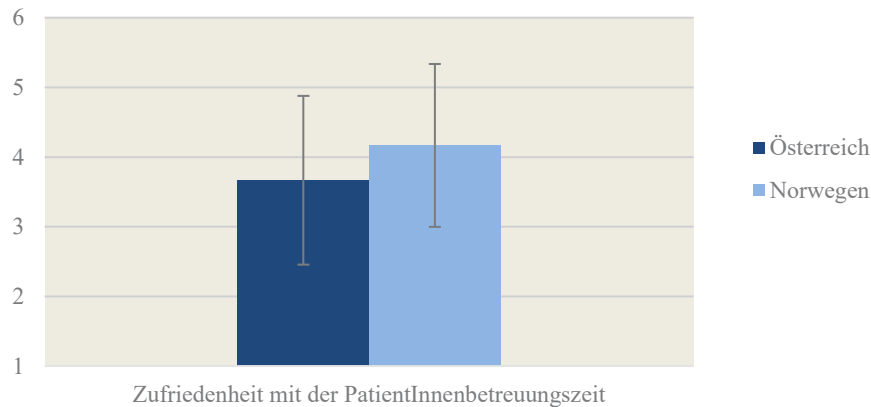


Abbildung 28. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zur Zufriedenheit der Befragten über ihre Zeit für PatientInnen aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkung:

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der PatientInnenbetreuungszeit“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.8 Forschung

Aus Kreuztabellen zum Thema Forschung während Arbeit und Freizeit ging hervor, dass die Mehrheit der ÄrztInnen beider Nationalitäten sowohl in ihrer Arbeitszeit als auch ihrer Freizeit Forschung betreibt, wobei bei den norwegischen Befragten dieser Anteil niedriger ausfiel als bei den ÖsterreicherInnen (Tab. 9). Zudem fällt auf, dass die Interviewten immer beide Antworten mit ja beziehungsweise nein beantworteten, also beispielsweise niemand nur während der Arbeitszeit forscht. Da der Unterschied zwischen den Antworten der beiden Länder innerhalb dieser Stichprobengröße zu gering ist, konnte für keine der zwei Fragen eine Signifikanz nachgewiesen werden ($\chi^2 = .44$, $p = .51$).

Tabelle 9. Prozentuelle Verteilung der Antworten zur Frage, ob die Befragten Forschung während ihrer Arbeitszeit beziehungsweise ihrer Freizeit betreiben, aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

		Österreich		Norwegen	
		Ja	Nein	Ja	Nein
Forschen Sie während der Arbeitszeit?	Sie	83.3%	16.7%	66.7%	33.3%
Forschen Sie in Ihrer Freizeit?	in	83.3%	16.7%	66.7%	33.3%

Die Zufriedenheit mit den Forschungsmöglichkeiten an der jeweiligen Abteilung wird von den ÖsterreicherInnen im Mittelwert etwas höher angegeben (Abb. 29), weist aber kein

signifikantes Ergebnis auf ($U = 14.000$, $p = .59$). Dahingegen ist die Zufriedenheit mit finanziellen Förderungen unter den österreichischen Befragten wesentlich geringer (Abb. 28) und zeigt auch in der Austestung ein signifikantes Resultat ($U = 4.000$, $p = .03$).

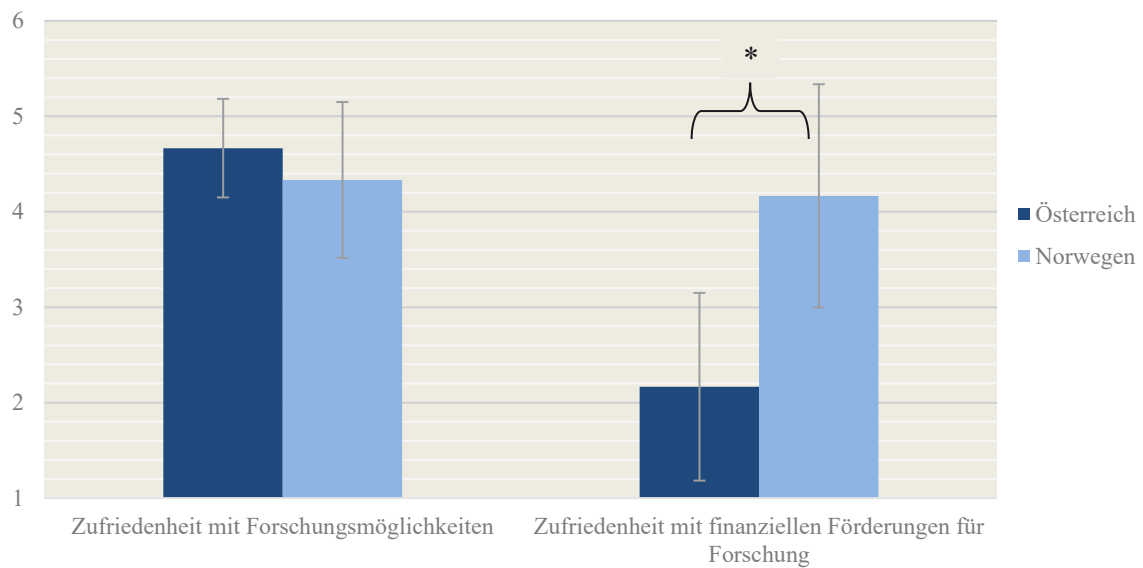


Abbildung 29. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zur Zufriedenheit der Befragten über Forschungsmöglichkeiten und deren finanziellen Förderungen an ihrer Abteilung aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkungen:

* = $p < 0.05$

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit Forschungsmöglichkeiten“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit finanziellen Förderungen für Forschung“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.9 Kongresse und Fortbildungen

Sowohl für die Zufriedenheit mit Möglichkeiten Kongresse zu besuchen ($U = 3.000$, $p = .02$), deren finanziellen Förderungen ($U = 0.000$, $p = .002$) und zum Thema Zufriedenheit mit der Menge an Fortbildungen an der zugehörigen Abteilung ($U = 9.000$, $p = .01$) ergeben sich signifikante Unterschiede zwischen Österreich und Norwegen. Die Zufriedenheit mit der Qualität der Fortbildungen allerdings war annähernd gleich und wies keine Signifikanz auf ($U = 14.000$, $p = .59$). Mittelwerte und Standardabweichungen zu diesem Thema werden in Abbildung 30 graphisch dargestellt.

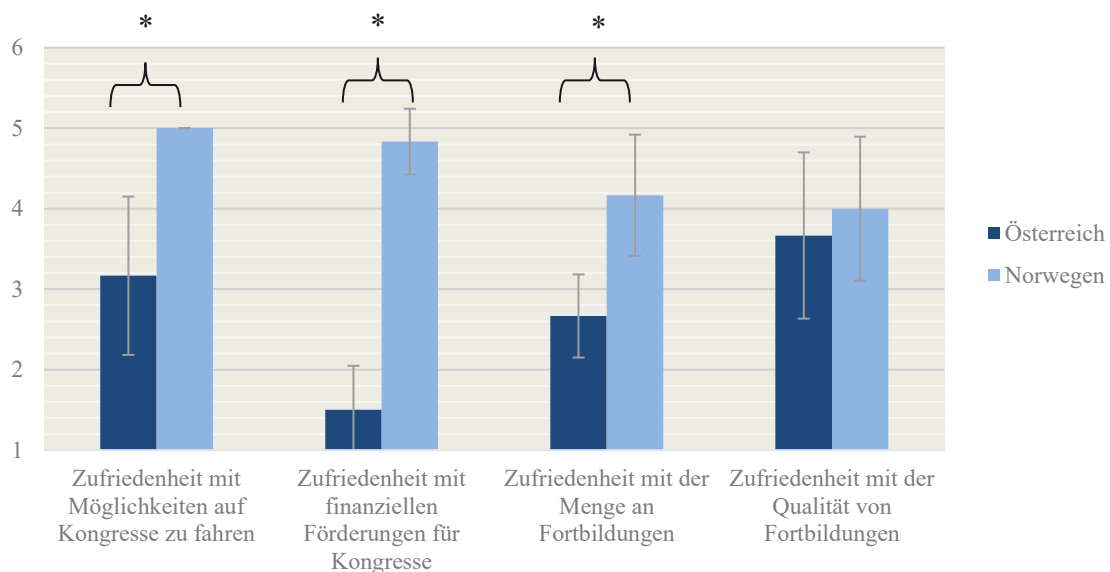


Abbildung 30. Mittelwerte und Standardabweichungen für Antworten auf Interviewfragen zur Zufriedenheit der Befragten über Möglichkeiten Kongresse zu besuchen und deren finanziellen Förderungen an ihrer Abteilung sowie die Quantität und Qualität von Fortbildungen aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

Anmerkungen:

* = $p < 0.05$

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit Möglichkeiten auf Kongresse zu fahren“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit finanziellen Förderungen für Kongresse“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der Menge an Fortbildungen“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Zufriedenheit mit der Qualität von Fortbildungen“: 1-gar nicht zufrieden, 2-wenig zufrieden, 3-mäßig zufrieden, 4-zufrieden, 5-sehr zufrieden.

5.10 Psychotherapieausbildung

Die genauen Verteilungen der Antworten zur Psychotherapieausbildung können Tabelle 10 entnommen werden. Alle Beteiligten haben die Ausbildung absolviert beziehungsweise sind noch dabei sie abzuleisten. Für den Großteil der Befragten beider Länder war oder ist die Durchführung verpflichtend. Eine Zweidrittelmehrheit der österreichischen und norwegischen ÄrztInnen hielt das zeitliche Ausmaß der Kurse für angemessen, der Rest meist für zu lang. Die Interviewten aus Österreich mussten die Psychotherapieausbildung ausschließlich in der Freizeit erledigen und wurden nur teilweise oder gar nicht finanziell dafür gefördert. Bei ihren norwegischen KollegInnen hingegen ist beziehungsweise war die Ausbildung in die Arbeitszeit inkludiert und wurde für alle Beteiligten voll bezahlt.

Tabelle 10. Prozentuelle Verteilung der Antworten zu Fragen über die Psychotherapieausbildung aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

	Österreich			Norwegen		
	Ja	Teilweise	Nein	Ja	Teilweise	Nein
Machen Sie/haben Sie eine Psychotherapieausbildung gemacht?	100%		0%	100%		0%
Ist/war die Ausbildung für Sie verpflichtend?	83.3%	0%	16.7%	83.3%	16.7%	0%
Ist/war die für die Ausbildung aufzuwendende Zeit Ihrer Meinung nach angemessen?	Ja	Nein sie ist/war zu lang.	Nein sie ist/war zu kurz.	Ja	Nein, sie ist/war zu lang.	Nein, sie ist/war zu kurz.
	66.7%	33.3%	0%	66.7%	16.7%	16.7%
Müssen/mussten Sie die Ausbildung in Ihrer Freizeit absolvieren?	Ja	Teilweise	Nein	Ja	Teilweise	Nein
	100%	0%	0%	0%	0%	100%
Wird/wurde die Ausbildung gefördert/bezahlt?	Ja	Teilweise	Nein	Ja	Teilweise	Nein
	0%	66.7%	33.3%	100%	0%	0%

5.11 PatientInnen gut

Das durchschnittliche Alter ihrer PatientInnen wurden von den österreichischen ÄrztInnen um eine Kategorie höher eingeschätzt als vom Großteil der NorwegerInnen. Deren Eindruck der Geschlechterverteilung war zudem völlig ausgeglichen während ihre KollegInnen aus Österreich relativ eindeutig mehr Frauen unter den PatientInnen wahrnahmen. Als häufigstes Krankheitsbild wurden von beiden Gruppen die affektiven Störungen genannt. Hierbei fiel im Gespräch oft der Begriff Depression. Als zweithäufigstes wurden, interessanterweise immer gemeinsam, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen angegeben. Der Hauptanteil der NorwegerInnen hielt die durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer der PatientInnen für angemessen, was bei den ÄrztInnen aus Österreich nur für die Hälfte der Befragten zutraf. Ein Drittel hielt diese für zu lang. Die Verteilungen der gegebenen Antworten werden in Tabelle 11 im Detail abgebildet.

Tabelle 11. Prozentuelle Verteilung der Antworten zu subjektiver Empfindung der Eigenschaften des PatientInnen guts der Befragten aufgeteilt auf die Herkunftsländer Österreich und Norwegen.

	Österreich			Norwegen		
Häufigste Altersgruppe	18-30 Jahre	30-45 Jahre		18-30 Jahre	30-45 Jahre	
	16.7%	83.3%		66.7%	33.3%	
Häufigstes Geschlecht	männlich	weiblich	Beide gleich häufig	männlich	weiblich	Beide gleich häufig
	16.7%	66.7%	16.7%	33.3%	33.3%	33.3%
Häufigstes Krankheitsbild	Affektive Störungen	Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen		Affektive Störungen	Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen	
	83.3%	16.7%		66.7%	33.3%	
Länge durchschnittliche Liegedauer	Angemessen	Zu lang	Zu kurz	Angemessen	Zu lang	Zu kurz
	50%	33.3%	16.7%	83.3%	0%	16.7%

Anmerkung: Von keinem der Befragten gewählte Antwortmöglichkeiten wurden hier nicht abgebildet. Diese können dem Fragebogen im Anhang entnommen werden.

6 Diskussion

Um die psychiatrische Ausbildung sowie die Arbeitsbedingungen in der PatientInnenversorgung in Österreich und Norwegen zu untersuchen wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und es wurden in den jeweiligen Ländern anhand eines selbst erstellten strukturierten Interviews ExpertInnen aus dem Fachgebiet befragt.

Aus den Daten der Literatur wurde die Hypothese entwickelt, dass in Skandinavien und insbesondere Norwegen der Psychiatrie insgesamt eine größere Bedeutung zugeschrieben wird und das Fachgebiet in weiterer Folge mehr personelle und finanzielle Ressourcen besitzt als in Österreich.

Die Ergebnisse der Interviews zeigten für Norwegen in den Kategorien Schichtdienstdauer, Zufriedenheit mit verfügbarer Freizeit, finanziellen Förderungen für Forschung und Kongresse, Gehalt, Möglichkeiten Kongresse zu besuchen und Menge an Fortbildungen signifikant bessere Ergebnisse. Hinzu kamen mehr finanzielle Förderungen für die Psychotherapieausbildung zum Zeitpunkt der Absolvierung sowie deren fixe Integration in die Arbeitszeit. Außerdem wurde die Angemessenheit der Liegedauer von PatientInnen von den norwegischen Befragten öfter für angemessen gehalten als von ihren österreichischen KollegInnen.

Eben genannte Resultate ergeben den Eindruck, dass die Arbeitsverhältnisse für PsychiaterInnen in Norwegen im Vergleich bessere Möglichkeiten bieten und subjektiv von den Betroffenen als besser empfunden werden. Hierbei spielte überraschender Weise das Gehalt in der Zufriedenheit eine weitaus geringere Rolle als die verfügbare Freizeit. In den Gesprächen wurde deutlich, dass die Förderung von Forschungs- und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Beteiligten besonders relevant waren und von den ÖsterreicherInnen als überaus unzureichend empfunden wurde. Diese Aussichten könnten eventuell auch auf MedizinstudentInnen eine abschreckende Wirkung haben. Denn über 30% von ihnen wollen eine Zukunft mit langen Arbeitszeiten, niedrigem Grundgehalt und hohem Aufwand an organisatorischer Arbeit, welche meist die Zeit für Lehre, Forschung und Ausbildung drastisch verkürzt, nicht akzeptieren und streben zunehmend eine Karriere im Ausland an [65].

Auch die Organisation des österreichischen Gesundheitssystems weist im Vergleich einige Schwierigkeiten auf. So ist die Verteilung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in Österreich oft sehr auf städtische Regionen konzentriert und die Dichte an psychiatrischen Arztpraxen – vor allem jene mit einem Kassenvertrag – mitunter erschreckend gering und verursacht teilweise enorm lange Wartezeiten. Die psychiatrische Versorgung in Norwegen erreicht hingegen trotz sehr unterschiedlicher und teils schwieriger Lebensbedingungen, vor allem in den nördlichen Regionen des Landes, eine gute Distribution. Dies wird vor allem durch die zahlreichen DPS-Kliniken, eine vergleichsweise hohe Dichte an niedergelassenen FachärztInnen und AllgemeinmedizinerInnen erzielt. Letztere tragen wesentlich zu einer optimalen Betreuung bei, indem sie leichte bis mittelschwere psychiatrische Leiden bereits antherapieren und durch Vernetzung mit spezialisierten lokalen Einrichtungen die Weiter- und Nachbetreuung garantieren. All das führt zu einer Entlastung der Krankenanstalten und einer Reduktion von Wartezeiten auf fachärztliche Behandlung, welche sich im Jahr 2016 auf einen Mittelwert von 46 Tagen beschränkten [80].

Im Vergleich dazu werden praktische ÄrztInnen in Österreich oftmals eher zur Medikamentenweiterrschreibung als zur Anlaufstelle für psychische Erkrankungen genutzt, da eine große Spezialisierung in der medizinischen Versorgung herrscht. Nachdem die Psychiatrie keinen Fixpunkt in der früheren allgemeinmedizinischen Ausbildung dargestellt hat fehlt vielen möglicherweise der Bezug zur Fachrichtung. Die Beziehung der NorwegerInnen zu ihrem praktischen Arzt/ ihrer praktischen Ärztin erinnert hingegen an den früheren Status des Landarztes/der Landärztin in Österreich. Die Stärke der Primärversorgung erreicht der skandinavische Staat durch strenge Zugangsbeschränkungen für fachärztliche Konsultationen.

Im Gegensatz dazu ist das direkte Aufsuchen eines Facharztes/einer Fachärztin für die ÖsterreicherInnen, die einen freien Zugang zu allen Ebenen des Systems genießen, mittlerweile eher Regel als die Ausnahme, wie die extrem hohen Konsultationsraten von 67.4% für diesen Sektor beweisen. Norwegen weist im Unterschied dazu Raten von nur 17% auf [15]. Dieser in Österreich übermäßig stattfindende Nutzung führt zu einer massiven Belastung des Systems. Auf der anderen Seite könnten derart rigorose Restriktionen nach dem Vorbild Norwegens einem frühzeitigen Aufsuchen eines/r SpezialistIn und in weiterer Folge einer frühen Erkennung und Behandlung von Erkrankungen im Weg stehen. Außerdem ist es

fraglich, ob die teils sehr schwierige und langwierige Diagnostik psychiatrischer Leiden praktische ÄrztInnen nicht vielleicht überfordern könnte.

Insgesamt ergibt sich die Vermutung, dass aus der mangelnden Beliebtheit des Fachgebiets Psychiatrie in Österreich, welche unter Umständen auf den nicht optimalen Arbeitsbedingungen in den Bereichen Freizeit und Möglichkeiten für Forschung und Weiterbildung beruht, und den daraus resultierenden niedrigen Zahlen an FachärztInnen sowie den steigenden Konsultationsraten in dieser Disziplin, der Bedarf der Bevölkerung für psychiatrische Versorgung eventuell nicht ausreichend gedeckt werden könnte. Aus den genannten Kritikpunkten ergeben sich folgende mögliche Verbesserungsvorschläge an das österreichische System, um die psychiatrische Versorgung auch in Zukunft gewährleisten zu können.

Zunächst wäre es möglicherweise von Vorteil, sowohl das Medizinstudium als auch die Arbeitsverhältnisse im Fach ansprechender zu gestalten. Letztere könnten nicht nur durch großartige Gehaltssprünge erreicht werden, sondern ließen sich vermutlich durch eine bessere Strukturierung und Aufgabenverteilung und eine gewisse Gratifikation in Form von finanziellen Forschungs- und Weiterbildungsmitteln und einer Verbesserung der Fortbildungsqualität erzielen. Das Berufsleben würde wahrscheinlich positiver wahrgenommen werden, sollten tägliche Aufgaben, mögliche Weiterbildung und Lehre sowie Forschung nicht nur mit massiven Überstunden bewältigbar sein, sondern definierte Zeiträume für die unterschiedlichen Aufgabenbereiche innerhalb der Arbeitszeit geschaffen werden. Ein negatives Erleben genannter Umstände wird auch bei Swoboda, Sibitz et al (2006) [81] in Interviews mit österreichischen ExpertInnen als belastend genannt.

Des Weiteren wurde in Gesprächen mit ExpertInnen deutlich, dass unterstützende Programme wie Mentoring und Supervision von den meisten ÄrztInnen sehr geschätzt werden. „Ins kalte Wasser geworfen werden“ in der Assistenzzeit wurde von einigen als besonders strapaziöses Erlebnis angegeben. In der Psychiatrie gilt das vor allem für Gesprächstherapien, die von einigen Befragten aus Österreich aber auch älteren ÄrztInnen aus Norwegen als „learning by doing“-Situation beschrieben wurde. Ein Ausbau unterstützender Maßnahmen wie verpflichtendes Mentoring für AssistenzärztInnen durch an Lehre interessierte OberärztInnen oder tägliche Supervisionsgruppen könnte eventuell einen angenehmeren Start ins Berufsleben ermöglichen und das Arbeitsklima verbessern.

In Bezug auf das Studium in Österreich wäre es nach eigener Erfahrung von Vorteil finanzielle Mittel zu nutzen, um die Qualität der bestehenden Lehrveranstaltungen und Prüfungsmodi zu verbessern, anstatt stetig mehr Studienplätze und Universitätslehrgänge zu schaffen. Diese Behauptung wurde auch bereits von Scharer und Freitag (2015) aufgestellt [65]. Die Interviewten aus Österreich waren mit dem Gesamtstudium und dem Stellenwert des Faches Psychiatrie darin oft unzufriedener als die NorwegerInnen. Die Bedeutung der Psychiatrie sollte meiner Meinung nach den Studierenden nähergebracht werden und der Unterricht ausgebaut und mit mehr praktischen Übungen in Kleingruppen interessanter gestaltet werden. Gleichzeitig wäre es sinnvoll auch wichtige Aspekte der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Studium unterzubringen. Durch die Verankerung des Faches Psychiatrie im KPJ wurde bereits eine gute Grundlage für eine Verbesserung diesbezüglich geschaffen und Berührungspunkte der Studierenden können somit hoffentlich vermindert werden.

Auch die Fixierung des Faches Psychiatrie in der neuen Ausbildungsordnung für Allgemeinmedizin könnte möglicherweise einen wichtigen Schritt in Richtung psychiatrische Primärversorgung gesetzt haben. Ob diese Neuerung etwas an der derzeitigen Situation verändert und PatientInnen tatsächlich von ihrem Hausarzt/ihrer Hausärztin einfache psychiatrische Diagnostik oder sogar Therapien erwarten können kann wohl erst in ein paar Jahren beurteilt werden. Die Etablierung von Zugangsbeschränkungen auf fachärztliche Konsultationen sowie private Zuzahlungen nach dem Vorbild Norwegens wären in Hinsicht darauf vermutlich sinnvoller und schneller wirksam, wie auch in zwei weiteren Studien beschrieben wird [15,82]. Hoffmann, Stein et al (2013) legen zudem den Zusammenhang zwischen einer starken Primärversorgung und geringeren Kosten für das Gesundheitssystem dar. Eine frühere Diagnostik und Behandlung psychiatrischer Leiden könnte wahrscheinlich tatsächlich die hohen Raten an langen Krankenständen und Frühpensionierungen aufgrund dieser Erkrankungsgruppe reduzieren und so Ausgaben senken. Andererseits muss bedacht werden, dass ein so einschneidender Umbau des Systems auch viele Nachteile für die österreichischen PatientInnen bringen könnte, welche von der derzeitigen freien Nutzung von Ressourcen erfahrungsgemäß sehr profitieren.

Zu guter Letzt wäre es womöglich förderlich auch auf Bundesebene Organisations- und Finanzierungsstrukturen psychiatrischer Versorgungsinstitutionen zu vereinfachen und für alle Bundesländer gemeinsam zu regeln. Dadurch könnte möglicherweise eine bessere Verteilung der Einrichtungen und Services gewährleistet werden. Aufklärung im Bereich

psychiatrischer Erkrankungen beispielsweise durch Fernsehkampagnen oder Schulprojekte wäre eine überlegenswerte Maßnahme um das Stigma psychischer Leiden zu vermindern und das Bewusstsein der Bevölkerung für diese Erkrankungsgruppe zu erhöhen.

Limitationen und Stärken

Eine Limitation dieser Arbeit stellt vor allem die kleine Stichprobe der interviewten ExpertInnen dar, welche keine tatsächlich aussagekräftigen Ergebnisse zulässt. Zudem wurden in jedem Land nur ÄrztInnen aus einer bestimmten Klinik einer Stadt befragt. Möglicherweise unterscheiden sich die Arbeitsverhältnisse an anderen Abteilungen deutlich von denen der Befragten. Des Weiteren war die Datenlage für psychiatrische Versorgungsparameter für beide Länder oft unterschiedlich und konnte nicht direkt verglichen werden. Vor allem Einrichtungen im norwegischen System sind nicht optimal dokumentiert. Die Einschätzung privater Anbieter war aufgrund mangelnder Daten nahezu unmöglich. Eine Verbesserung dieser Statistiken wäre wünschenswert.

Es darf zudem nicht ignoriert werden, dass es sich beim Staat Norwegen um eines der finanzstärksten Länder der Welt handelt und die Bevölkerungsdichte wesentlich geringer als die Österreichs ist, was vermutlich nicht nur die Versorgung erleichtert, sondern wahrscheinlich auch die allgemeine Lebensqualität und Zufriedenheit der EinwohnerInnen erhöht. Nichtsdestotrotz gäbe es einige Verbesserungsmöglichkeiten, die die Kosteneffizienz des österreichischen Systems sogar steigern könnten und höchstwahrscheinlich auch finanziell verwirklichtbar wären.

Trotz der geringen Anzahl der TeilnehmerInnen tragen die ExpertInnenmeinungen, welche in vielseitiger Weise durch die Literatur unterstützt werden, zum Verständnis der Problematiken im System bei. Die Informationen aus beiden Quellengebieten legen nahe, dass der fast exponentiell steigende Bedarf an psychiatrischer Versorgung gesundheitspolitische Änderungen in naher Zukunft erfordern wird, um eine qualitativ hochwertige Ausbildung und Betreuung zu gewährleisten.

Conclusio

Die Hypothese, dass Norwegen sowohl in den Arbeitsbedingungen für PsychiaterInnen sowie der generellen Organisation und Nutzung von Ressourcen im Fachbereich Psychiatrie im Vergleich zu Österreich besser abschneidet, konnte aufgrund einer zu kleinen Stichprobe der ExpertInneninterviews sowie nicht eindeutig vergleichbarer Daten in der Literatur zwar nicht explizit bewiesen werden, die Vermutung dazu liegt bei Betrachtung aller Ergebnisse allerdings sehr nahe. Im internationalen Vergleich ist die psychiatrische Versorgung in Österreich mit Sicherheit von hoher Qualität, dennoch ließe sich das System mit genannten Verbesserungen am Beispiel Norwegens höchstwahrscheinlich noch weiter optimieren. In Anbetracht steigender PatientInnenzahlen und drohendem Personalmangel wären gewisse Änderungen nicht nur für ÄrztInnen und den Staat insgesamt von Vorteil, sondern – am wichtigsten – für die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung.

Literaturverzeichnis

1. Wirtschaftskammer Österreich. Österreich in der Europäischen Union - Fläche und Bevölkerung. 2016.
2. Statistik Austria. Bevölkerung nach Alter und Geschlecht [Internet]. [cited 2016 Aug 2]. Available from: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_alter_geschlecht/index.html
3. Wirtschaftskammer Österreich. Armutsgefährdungsquote 2014 im EU-Vergleich nach Sozialleistungen. 2014.
4. Statistisk Sentralbyrå. Population, by sex, age and marital status [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 3]. Available from: <http://www.ssb.no/258467/population-by-sex-age-and-marital-status.1-january-2016-sy-60>
5. Statistisk Sentralbyrå. Key figures for the population [Internet]. 2016 [cited 2016 Aug 3]. Available from: <https://www.ssb.no/en/befolkning/nokkeltall/population>
6. Mission of Norway to the European Union. Norway and the European Union [Internet]. [cited 2016 Aug 3]. Available from: http://www.eu-norway.org/eu/norway_and_the_eu/#.V6G9L3TymM8
7. Johnsen JR. Health Systems in Transition: Norway. 2006.
8. Wirtschaftskammer Österreich. Länderprofil Norwegen. 2016.
9. Hofmarcher-Holzhacker M. Das Österreichische Gesundheitssystem Akteure, Daten, Analysen. 2013.
10. Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: Health system review. Vol. 15, Health systems in transition. 2013 Jan.
11. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Beitragsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2016. 2015.
12. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Leistungsrechtliche Werte in der Sozialversicherung 2016. 2015.
13. Thomson S, Osborn R, Squires D, Jun M. International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2012.
14. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health expenditure and financing [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 16]. Available from: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>
15. Hoffmann K, Stein KV, Maier M, Rieder A, Dorner TE. Access points to the different

- levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *Eur J Public Health*. 2013;23(6):933–9.
16. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care--limitations and prospects. *Health Policy*. 2013 Sep;112(1–2):53–61.
 17. Wancata J, Sobocki P, Katschnig H. Die Kosten von “Gehirnerkrankungen” in Österreich im Jahr 2004. *Wien Klin Wochenschr*. 2007;119(3–4):91–8.
 18. Statistik Austria. *Statistisches Jahrbuch 2017*. 2017.
 19. Gregoritsch J, Vranek A, Ladurner J, Hagleitner J, Eggerth A, Hofer K, et al. *Analyse der Versorgung psychisch Erkrankter*. Wien/Salzburg; 2011.
 20. Kapusta N. *Aktuelle Daten und Fakten zur Zahl der Suizide in Österreich 2011*. Wien; 2011.
 21. Clench-Aas J, Nes RB. *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Nydalen; 2011.
 22. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry*. 2001;158(7):1091–8.
 23. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(9):713–9.
 24. Folkehelseinstituttet. *Nasjonalt tvillingregister* [Internet]. 2015 [cited 2017 Apr 13]. Available from: <https://www.fhi.no/studier/tvilling/om-nasjonalt-tvillingregister/>
 25. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition*. Vol. 4th. 1987.
 26. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)* 1994 p. 69–81.
 27. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(Dec):1069–77.
 28. Indergård PJ, Solbakken T, Urfjell B. *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2016*. Oslo; 2017.
 29. Mykletun A, Knudsen AK. *Tapte arbeidsår ved uførepensjonering for psykiske lidelser - En analyse basert på FD-trygd*. 2009.
 30. Statistisk Sentralbyrå. *Psykiske lidelser er den mest brukte diagnosen* [Internet]. 2006 [cited 2017 Mar 3]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/psykiske-lidelser-er-den-mest-brukte-diagnosen>

31. Statistisk Sentralbyrå. Allmenlegetjenesten [Internet]. 2016 [cited 2017 May 9]. Available from: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/selecttable/hovedtabellHjem.asp?KortNavnWeb=fastlegetj&CMSSubjectArea=helse&checked=true>
32. World Health Organization. Suicide mortality rate per 100.000 population [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Jun 4]. Available from: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_crude/en/
33. Folkehelseinstituttet. Dødsårsaksregisteret - statistikkbank [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/dar/>
34. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Selvmord: Samlet oversikt 2015 [Internet]. Oslo; 2015 [cited 2017 Jun 3]. Available from: <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/statistikk-selvmord/>
35. Gesundheit Österreich GmbH. Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. Wien; 2012.
36. Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG), BGBl 155/1990 idF I 59/2017.
37. Ladurner J, Sagerschnig S, Hagleitner J. Analyse Unterbringungsgesetz 2012. 2012.
38. Statistik Austria. Statistik des Bevölkerungsstandes. 2017.
39. Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz), BGBl 361/1990 idF I 9/2016.
40. bestNET Information-Service GmbH. Statistik und Daten zur Psychotherapie [Internet]. 2016 [cited 2017 Jun 13]. Available from: <http://www.psyonline.at/contents/14722/statistik-und-daten-zur-psychotherapie>
41. Hofbauer S. Überblick: Kosten der Psychotherapie [Internet]. [cited 2017 Jun 14]. Available from: <http://www.psyonline.at/contents/7437/ueberblick-kosten-der-psychotherapie>
42. Föbleitner S, Teichert T. Vertragsärztinnen und -ärzte in Österreich. 2013.
43. Statistisk Sentralbyrå. Døgnplasser psykisk helsevern [Internet]. 2015 [cited 2017 Jun 24]. Available from: https://statistikk.helsedirektoratet.no/HtmlViewer.ashx?Dd_ContentId=e467bff8-57cc-41b4-9140-003d5e7b4751&Dd_ContentType=Dashboard
44. Helse Nord RHF. Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016-2025. 2016.

45. Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern - LOV-1999-07-02-62, 1999.
46. Pedersen PB, Hellevik V, Skui H. Kontroll av tvangsbruk i psykisk helsevern i 2015. Oslo; 2016.
47. Knut E. Braaten, Stein Runar Østigaard. Godkjente spesialister per 20.2.2017 [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 25]. Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/>
48. Alternativ behandlingsloven - LOV-2003-06-27-64, 2003.
49. Helsepersonellloven - LOV-1999-07-02-64, 1999.
50. European Association for Psychotherapy. The situation of psychotherapy in Norway [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 26]. Available from: <http://www.europsyche.org/contents/14305/norway>
51. Forskrift om fastlegeordning i kommunene - FOR-2012-08-29-842, 2013. 2012.
52. Norsk Helsedirektoratet. Sammen om mestring - Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. 2014.
53. Lønning KJ. Allmennlegetjenesten og psykisk helse. 2012.
54. Norsk Psykologforeningen. Landsmøtet 2013 Beretninger. 2013.
55. Helse- og omsorgsdepartementet. Stortinghet propsisjon nr. 63 (1997-98) - om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006 [Internet]. 1998. Available from: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec2>
56. Bundesgesetz über die Organisation der Universitäten und ihre Studien (Universitätsgesetz 2002 – UG), BGBl I 120/2002 idF I 11/2017.
57. HochschülerInnenschaft an der Medizinischen Universität Graz. Studienplätze und Kontingenteinteilung [Internet]. 2016 [cited 2016 Sep 30]. Available from: <http://www.auswahlverfahren.at/quoteneinteilung>
58. Paracelsus Medizinische Privatuniversität. Übersicht Curriculum Diplomstudium Humanmedizin.
59. Medizinische Universität Graz. Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin - Version 15. 2016.
60. Medizinische Universität Wien. Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin. 2015.
61. Johannes Kepler Universität Linz. Curriculum zum Bachelorstudium - Bachelor Humanmedizin. 2016.
62. Medizinische Universität Innsbruck. Mitteilungsblatt der Medizinischen Universität

- Innsbruck 44. Stück. 2016.
63. Johannes Kepler Universität Linz. Curriculum zum Masterstudium - Master Humanmedizin. 2016.
 64. Organisation for Economic Co-operation and Development. Health Statistics [Internet]. 2017 [cited 2017 Jul 19]. Available from: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>
 65. Scharer S, Freitag A. Physicians' exodus: why medical graduates leave Austria or do not work in clinical practice. Wien Klin Wochenschr [Internet]. 2015;127(9–10):323–9. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00508-015-0786-7>
 66. Universitetet i Oslo. Oppbygging og gjennomføring [Internet]. 2013 [cited 2016 Oct 1]. Available from: <http://www.uio.no/studier/program/medisin/oppbygging/>
 67. Fossen C. Profesjonsstudium 6-årig, Medisin – Studiets oppbygging [Internet]. ntnu.no; [cited 2016 Oct 1]. Available from: <http://www.ntnu.no/studier/cmed/oppbygging>
 68. Universitetet i Bergen. Studieplan for PRMEDISIN Medisinstudiet, haust 2016 [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 1]. Available from: <http://www.uib.no/studieprogram/PRMEDISIN/plan>
 69. Universitetet i Tromsø. Profesjonsstudiet i medisin -2012 - studieplanen [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 1]. Available from: https://uit.no/utdanning/program?p_document_id=274285
 70. Samordna opptak. Studieoversikten [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 5]. Available from: <https://sok.samordnaopptak.no/#/studies>
 71. Samordna opptak. Poenggrenser [Internet]. 2016 [cited 2017 Jul 23]. Available from: <http://www.samordnaopptak.no/info/opptak/poenggrenser/index.html>
 72. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2015 - ÄAO 2015). BGBl II 147/2015 idF I 56/2015.
 73. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Ausbildung zur Ärztin für Allgemeinmedizin/zum Arzt für Allgemeinmedizin und zur Fachärztin/zum Facharzt (Ärztinnen-/Ärzte-Ausbildungsordnung 2006 – ÄAO 2006). BGBl II 286/2006 idF I 122/2006.
 74. Forskrift om turnustjeneste for leger - FOR-2001-12-20-1549, 2001.
 75. Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger - FOR-2000-12-21-1384, 2000.

76. Juell P. Turnus [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 9]. Available from: <http://legeforeningen.no/Student/Norsk-medisinstudentforening/Arbeidsliv/Turnus/>
77. Österreichische Akademie der Ärzte. Psychotherapeutische Medizin (PSY 3) [Internet]. 2013 [cited 2017 Jul 21]. Available from: <https://www.arztakademie.at/oeaeknbspdiplome-zertifikate-cpds/oeaek-spezialdiplome/psychoth-medizin/>
78. Den norske legeforening. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for Psykiatri. 2010.
79. Helsedirektoratet. Psykiatri - Gamle regler.
80. Karstensen A, Håndlykken EK. Ventetider og pasientrettigheter 2016. 2017.
81. Swoboda H, Sibitz I, Fruhwald S, Klug G, Bauer B. How do community-based mental health staff in Austria perceive their job? - A qualitative study. *Psychiatr Prax.* 2006;33(2):67–73.
82. Pichlhöfer O, Maier M. Unregulated access to health-care services is associated with overutilization-lessons from Austria. *Eur J Public Health.* 2014;1–3.

Anhang Fragebogen

Persönliche Daten:

Alter: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Herkunftsland(= aufgewachsen in): _____

Berufsstand:

Assistenzarzt/ärztin Facharzt/ärztin Oberarzt/ärztin ProfessorIn

Ausbildungsjahr: _____

Ausbildung:

Wo haben Sie Medizin studiert? :

Österreich Norwegen Ausland

In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium begonnen?: _____

In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?: _____

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer allgemeinen Ausbildung im Studium?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht

zufrieden

Wie war das zeitliche Ausmaß der Ausbildung im Fachbereich Psychiatrie in Ihrem Studium?:

sehr viel viel angemessen wenig sehr wenig

Wie empfanden Sie die Qualität der Ausbildung im Fachbereich Psychiatrie in Ihrem Studium?:

sehr gut gut befriedigend genügend nicht genügend

Wie zufrieden sind Sie mit der psychiatrischen Ausbildung im Studium?:

sehr zufrieden zufrieden ist in Ordnung wenig gar nicht

Die wievielte Anstellung seit dem Beginn Ihrer Ausbildung als Assistenzarzt/ärztin haben Sie jetzt?:

1. 2. >2.

Hatten Sie eine Wartezeit für Ihre Ausbildungsstelle als Assistenzarzt/ärztin?:

keine 1-2 Monate 2-6 Monate > 6 Monate

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ausbildung zum/r Facharzt/ärztin?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Arbeitsverhältnisse:

Wie lange arbeiten Sie?:

Wochenstunden (ohne Überstunden): _____ Anzahl Dienste/Monat: _____

Dauer Dienst in Stunden: _____

Österreich: Wie hoch ist Ihr monatliches Nettogrundgehalt in Euro?:

2.000-4.000 4.000-6.000 6.000-8.000 >8.000

Norwegen: Wie hoch ist Ihr monatliches Nettogrundgehalt in NOK:

20.000-40.000 40.000-60.000 60.000-80.000 >80000

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gehalt?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Als wie hoch empfinden Sie Ihre berufliche Belastung? :

sehr hoch hoch angemessen niedrig sehr niedrig

Wie zufrieden sind Sie mit der beruflichen Belastung?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie viel Freizeit haben Sie? :

sehr viel viel angemessen/normal wenig sehr wenig

Wie zufrieden sind Sie mit der Ihnen zur Verfügung stehenden Freizeit?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Gibt es Mentoringprogramme an Ihrer Abteilung?:

Ja nein

Wie zufrieden mit dem Angebot an Mentoringprogrammen?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Gibt es Supervisionsgruppen an Ihrer Abteilung?:

Ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit dem Angebot an Supervisionsgruppen?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Finden Sie, dass Sie angemessen Zeit für die Betreuung Ihrer PatientInnen haben?:

Ja nein, zu wenig

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer durchschnittlichen Zeit für PatientInnen?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Forschen Sie in Ihrer Freizeit?:

Ja nein

Forschen Sie während Ihrer Arbeitszeit?:

Ja nein

Wie zufrieden sind Sie mit Forschungsmöglichkeiten an Ihrer Abteilung?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit den finanziellen Förderungen für Forschungsarbeiten?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit den Möglichkeiten zu Kongressen zu fahren?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit den finanziellen Förderungen für Kongresse?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit dem zeitlichen Ausmaß an Fortbildungen an Ihrer Abteilung?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Wie zufrieden sind Sie mit der Qualität von Fortbildungen an Ihrer Abteilung?:

sehr zufrieden zufrieden mäßig zufrieden wenig zufrieden gar nicht
zufrieden

Psychotherapieausbildung:

Machen Sie / haben Sie eine Psychotherapieausbildung gemacht?:

Ja nein

Ist/war die Psychotherapieausbildung für Sie Pflicht?:

Ja nein teilweise

Wie viel Zeit müssen/mussten Sie in die Ausbildung Ihrer Meinung nach investieren?:

zu viel angemessen zu wenig

Müssen/mussten Sie die Psychotherapieausbildung in Ihrer Freizeit absolvieren?:

Ja nein teilweise

Wird/wurde die Ausbildung bezahlt?:

Ja nein teilweise

PatientInnengut:

Welche Altersgruppe sehen Sie am häufigsten bei PatientInnen?:

18-30 30-45 45-60 >60

Welche Geschlecht sehen Sie am häufigsten bei PatientInnen?:

männlich weiblich beide gleich oft

Welche Krankheitsbild sehen Sie am häufigsten bei PatientInnen?:

organische psychische Störungen Suchterkrankungen

Schizophrenie affektive Störungen

neurotische -, Belastungs- und somatoforme Störungen

Persönlichkeitsstörungen andere nicht beurteilbar

Ist die durchschnittliche Liegedauer für PatientInnen Ihrer Meinung nach angemessen?:

ja nein, zu lange nein, zu kurz