

Attraktivierung der Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Möglichkeiten und Potenziale
zur Weiterentwicklung
in ausgewählten Bereichen

**Beschlossen durch den Ständigen Koordinierungsausschuss
im März 2021**

Impressum

Fachliche Unterstützung von der Gesundheit Österreich GmbH

Daniela Kern

Joy Ladurner

Zitervorschlag:

BMSGPK (2021): Attraktivierung der Mangelberufe in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen. Möglichkeiten und Potenziale zur Weiterentwicklung in ausgewählten Bereichen. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, Wien

Herausgeber, Medieninhaber und Hersteller:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Geschäftsführung der Bundesgesundheitsagentur

Stubenring 1, 1010 Wien

Für den Inhalt verantwortlich:

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Erscheinungsdatum:

März 2021

Executive Summary

Hintergrund und Fragestellung

Die Arbeiten zum Projekt „Attraktivierung der Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen“ mit Bezug zum strategischen Ziel 1, operatives Ziel 4, Maßnahme 3 des Zielsteuerungsvertrags 2017 erstrecken sich bereits über einen längeren Zeitraum. Der gegenständliche Bericht legt den Stand der Arbeiten seit dem Jahr 2017 dar. Die Beauftragung und Begleitung der Arbeiten erfolgte durch die Fachgruppe Public Health, die in diesem Bericht dargestellten Ergebnisse wurden mit der Fachgruppe Versorgungsstruktur abgestimmt. Bearbeitet wurden 2 Fragestellungen: 1. Was sind die Ursachen für mögliche Unterversorgung in einzelnen Bereichen und auf welcher Ebene besteht ein Attraktivierungsbedarf (z. B. Ausbildung)? 2. Was sind die jeweiligen Lösungsansätze zur Weiterentwicklung der Versorgung in ausgewählten Bereichen und welche davon sollen bundesweit umgesetzt werden?

Methoden

Im Zeitraum Mai 2018 bis Jänner 2019 erfolgte für sieben ausgewählte Bereiche bzw. Berufsgruppen im Bereich der psychosozialen Versorgung bei Kindern und Jugendlichen eine Ist-Analyse anhand mehrerer Quellen. Eine punktuelle Aktualisierung der Daten wurde im Jänner 2020 vorgenommen. Die Ist-Analyse fokussierte auf Messbarkeit bzw. Größenordnung etwaiger Unterversorgung sowie auf eine qualitative Beschreibung des Status quo.

Auf Basis der Ergebnisse der Ist-Analyse priorisierte die Fachgruppe Public Health im März 2019 die beiden Themenbereiche „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“ für eine weitere Bearbeitung. Eine projektbegleitende Arbeitsgruppe führte ab April eine detaillierte Problemanalyse durch und formulierte Maßnahmenempfehlungen. Die FG Public Health priorisierte bei ihrer Sitzung im August 2019 von den AG-Ergebnissen zwei Themen und ersuchte um Ergänzung erster Umsetzungsschritte, zuständiger Akteure für die Umsetzung sowie um Einschätzungen zur Machbarkeit für alle vorgeschlagenen Maßnahmen. Bei der nächsten Sitzung der FG im Oktober 2019 priorisierte diese 3 konkrete Maßnahmen. Die FG Public Health beschloss, vor einer finalen Abstimmung der Ergebnisse dazu das Feedback der FG Versorgungsstruktur einzuholen. Diese setzte sich in 2 Sitzungen (November 2019, Jänner 2020) mit dem Thema auseinander. Die daraus resultierende Rückmeldung wurde der FG PH in ihrer Sitzung vom März 2020 präsentiert und inkl. Arbeitsplan für 2020 abgenommen (siehe auch Rubrik „Nächste Schritte“). Am 4. 12. 2020 wurde das Konzept dem Ständigen Koordinierungsausschuss (StKA) vorgelegt. Dieser beschloss das Konzept auch der Fachgruppe Versorgungsprozesse vorzulegen. In der Sitzung der FG Versorgungsprozesse eingebrachte Anregungen wurden im Konzept berücksichtigt und dieses im März erneut dem StKA vorgelegt.

Ergebnisse

Im Rahmen der Ist-Erhebung wurde ein Problemaufriss zur Versorgungssituation von 7 ausgewählten Bereichen bzw. Berufsgruppen vorgenommen und erste Aussagen zur Abschätzung der Versorgungslage getroffen. Als prioritäre Bereiche wurden Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Sozial- und Entwicklungspädiatrie identifiziert. Durch die Arbeit mit fundierten Expertinnen und Experten, die Einholung und Aufbereitung weiterer Informationen/Daten und umfassende Diskussions- und Abstimmungsprozesse mit den zuständigen Fachgruppen konnten innerhalb dieser zwei Bereiche Probleme eingegrenzt, Ziele und prioritäre Maßnahmen formuliert sowie Eckpunkte für einen Umsetzungsplan definiert werden (vgl. Anhang 5).

Nächste Schritte

Nach Beratung der Fachgruppe Public Health und der Fachgruppe Versorgungsstruktur wurden zwei Startermaßnahmen aus dem gesamten Maßnahmenpaket definiert. Von diesen versprechen sich die Fachgruppen in Hinblick auf die Attraktivierung den höchsten Impact. Hinsichtlich der definierten Maßnahmen zur Mangelfachverordnung KJP bedarf es aus Sicht der Fachgruppen – abgesehen von der Verlängerung der Verordnung – keiner weiteren Bearbeitung im Rahmen der FG PH.

Im Jahr 2020 wurde somit mit der Bearbeitung folgender 2 Startermaßnahmen begonnen:

- » „Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“: diese Maßnahme sieht eine definitorische Eingrenzung des Bereichs vor, eine Erhebung des Ist-Stands der Versorgung sowie darauf aufbauend mittel/langfristig eine Definition von Standards betreffend Struktur- und Prozessqualität von ESP-Ambulatorien. Die o. a. Erhebung kann potenziell auch dafür genutzt werden um etwaige Nahtstellen zur kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung und mögliche Kooperationspotenziale (Synergieeffekte) zu identifizieren (siehe dazu auch nächster Punkt).
- » Kinder- und jugendpsychiatrische Netzwerke laut ÖSG sichtbar machen, stärken und weiterentwickeln; Netzwerkkoordination in Bundesländern identifizieren bzw. definieren“: im Rahmen dieser Maßnahme ist eine Erhebung zum IST-Stand von KJP-Netzwerken gemäß ÖSG geplant ebenso wie eine Identifikation möglicher Best-Practice-Beispiele. Darauf aufbauend soll ein Maßnahmenpaket definiert werden.

Der Fortschritt der Arbeiten wird laufend mit der FG Public Health beraten, die FG Versorgungsstruktur wird laufend über Zwischenergebnisse informiert. Das Konzept wurde am 26. 1. auch der FG Versorgungsprozesse präsentiert und Anregungen dieser noch aufgenommen.

Darüber hinaus soll zukünftig – ausgehend von den beiden Startermaßnahmen – geprüft werden, ob und wie sinnvollerweise Bezüge zu weiteren Maßnahmen des Gesamtpaketes (vgl. Anhang 5) hergestellt werden können und ob für Folgejahre noch weitere Maßnahmen bearbeitet werden sollen.

Schlüsselwörter

Psychosozial, Kinder, Jugendliche, Mangel, Versorgung, Ist-Analyse, KJP, Entwicklungs- und Sozialpädiatrie, Österreich

Inhalt

Executive Summary.....	III
Abbildungen.....	VIII
Abkürzungen.....	IX
1 Einleitung	1
2 Arbeitsplan und methodische Vorgangsweise.....	2
3 Ist-Analyse der relevanten Bereiche bzw. Berufsgruppen	4
3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	4
3.2 Pädiatrische Psychosomatik.....	6
3.3 Entwicklungs- und Sozialpädiatrie	7
3.4 Psychotherapie	9
3.5 Psychologie	12
3.6 Schulbereich	13
3.7 Pflege mit Spezialisierung auf KIJU bzw. PSY.....	14
4 Ergebnisse für die priorisierten Bereiche: Kinder- und Jugendpsychiatrie, sozial- und entwicklungspädiatrischer Bereich	16
4.1 Ergebnis der Arbeitsgruppe mit Stand 6. 8. 2019	16
4.2 Fachgruppe Public Health am 21. 8. 2019	17
4.3 Ergebnis der Arbeitsgruppe mit Stand 3. 10. 2019	17
4.4 Fachgruppe Public Health am 17. 10. 2019	18
4.5 Fachgruppe Versorgungsstruktur am 24. 1. 2020.....	18
4.6 Fachgruppe Versorgungsstruktur am 27. 2. 2020.....	19
4.7 Fachgruppe Public Health am 2. 3. 2020	23
4.8 Ständiger Koordinierungsausschuss am 4. 12. 2020.....	23
4.9 Fachgruppe Versorgungsprozesse am 26. 1. 2021	23
5 Arbeitsplan 2020	24
Literatur	25
Anhang	27
Anhang 1: Mitglieder der Arbeitsgruppe.....	29
Anhang 2: Finale Themen(raster) (Stand: 6. 8. 2019)	30
Anhang 3: Shortlist Themen und Maßnahmen, Ergebnis der 3 AG-Sitzungen (Stand 6. 8. 2019).....	36
Anhang 4: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 3. 10. 2019 (für FG PH am 17. 10. 2019)	37
Anhang 5: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 27. 2. 2020 inkl. Ergebnis der Sitzung der FG Versorgungsstruktur: Priorisierte Maßnahmen der FG PH sowie davon priorisierte Maßnahmen der FG VS.....	41

Abbildungen

Abbildung 4.1: Abstimmungsprozess zu Ergebnissen	16
Abbildung 4.2: Auszug aus ÖSG – Kapitel Psychische Erkrankungen	22

Abkürzungen

ÄAVE	Ärztliche ambulante Versorgungseinheiten
AG	Arbeitsgruppe
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (vormals: BMASGK)
BGA	Bundesgesundheitsagentur
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BÖP	Berufsverband Österreichischer Psychologinnen und Psychologen
CCIV	Competence Center Integrierte Versorgung
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (vormals: HVSVT)
ESP	Entwicklungs- und Sozialpädiatrie
EW	Einwohnerinnen/Einwohner
FÄ	Fachärztinnen/Fachärzte
FG	Fachgruppe (PH: Public Health, VP: Versorgungsprozesse, VS: Versorgungsstruktur)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GZ	Gesundheitsziel
HPE	Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter
KIJU	Kinder und Jugendliche
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBVP	Österreichischer Berufsverband für Psychotherapie
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse (vormals: GKK)
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGKJ	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde
OÖ	Oberösterreich
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
ÖZÄK	Österreichische Zahnärztekammer
PSO	Psychosomatik
PSO-KJ	Psychosomatik für Säuglinge, Kinder und Jugendliche
PSY	Psychiatrie/psychiatrisch
StKA	Ständiger Koordinierungsausschuss
SV	Sozialversicherung
VZÄ	Vollzeitäquivalent(e)
ZSG	Zielsteuerung-Gesundheit

1 Einleitung

Die Kinder- und Jugendgesundheit war in den letzten Jahren einer der thematischen Schwerpunkte der österreichischen Gesundheitspolitik. Auf Bundesebene wurde im Jahr 2011 die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* publiziert, die sich in ihren Zielen auch der Verbesserung der Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher widmet und in ausgewählten Bereichen bestehende Versorgungsdefizite benennt (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik, Neuropädiatrie, Sozialpädiatrie). Auch die im Jahr 2012 von der Bundesgesundheitsagentur beschlossenen „Gesundheitsziele Österreich“ nennen eines ihrer Ziele „Gesundes Aufwachsen für Kinder und Jugendliche bestmöglich gestalten“ (GZ 6). Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (jetzt: Dachverband) erstellte im Jahr 2016 eine „Kinderstrategie“, welche garantieren soll, dass Kinder Zugang zur richtigen Behandlung bekommen. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf die Versorgung bei psychischen Erkrankungen gelegt.

Parallel zu den o. g. Initiativen wurden von Expertinnen/Experten bzw. Organisationen medial bzw. über parlamentarische Anfragen vermehrt Bedenken bezüglich einer potenziellen Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen im psychosozialen Bereich geäußert. Eine ausreichende Anzahl an entsprechendem ärztlichen bzw. therapeutischen Personal in der Sachleistungsversorgung ist Voraussetzung für einen bedarfsgerechten Ausbau der Versorgung.

Die Attraktivierung etwaiger Mangelberufe in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde daher im Jahr 2017 als Maßnahme in den Zielsteuerungsvertrag aufgenommen (vgl. ZSG, strat. Ziel 1, operat. Ziel 4 „Optimierung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen in ausgewählten Bereichen“) und die Zuständigkeit für die Abstimmung und Priorisierung des Arbeitsplans der Fachgruppe Public Health übertragen.

Ziel ist es, ein mit den relevanten Gremien abgestimmtes Konzept für die Umsetzung entsprechender Maßnahmen vorzulegen. Ausgehend von der aktuellen Situation im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie zur Identifikation möglicher Unterversorgung in weiteren Bereichen sollen folgende **zentrale Fragestellungen** beantwortet werden:

1. In welchen Bereichen besteht eine Unterversorgung in der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen und wie groß ist das Versorgungsdefizit (Ist-Soll-Vergleich)?
2. Was sind die **Ursachen** für mögliche Unterversorgung in einzelnen Bereichen?
3. Welche Lösungsansätze gibt es und welche davon sollen bundesweit umgesetzt werden?

2 Arbeitsplan und methodische Vorgangsweise

Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurden **seit Mai 2018** folgende Arbeitsschritte durchgeführt:

1. **Ist-Analyse** in Hinblick auf Messbarkeit bzw. Größenordnung etwaiger Unterversorgung in sieben ausgewählten Bereichen bzw. Berufsgruppen sowie qualitative Beschreibung des Status quo. Die Ist-Analyse erfolgte im Zeitraum Mai 2018 bis Jänner 2019 anhand mehrerer Quellen (mit punktuellen Aktualisierungen der Daten ab Jänner 2020):
 - » Literatur- und Internetrecherchen (Websites der einschlägigen Berufsverbände und Fachgesellschaften)
 - » Ergebnisse der zwischen 2012 und 2016 im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur vorgenommenen Arbeiten für den Bericht *Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen* (Kern/Sagerschnig 2017) und anderer relevanter Studien (BMGF 2017a, Grabenhofer-Eggerth et al. 2016, Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2017, Ravens-Sieberer et al. 2007, Sagerschnig/Tanios 2017, Wagner et al. 2017)
 - » Vergleich mit ÖSG-Bedarfsrichtwerten bezüglich stationärer bzw. ambulanter Versorgung (BMGF 2017b)
 - » erste Expertengespräche in Hinblick auf Ist-Stand und Problembereiche mit Vertretern/Vertreterinnen ausgewählter relevanter Bereiche (vor allem Kinder- und Jugendpsychiatrie, entwicklungs- und sozialpädiatrischer Bereich)
2. Auf Basis der Ist-Analyse erfolgte die Abstimmung und **Festlegung des konkreten Arbeitsplans** für die zwei von der zuständigen Fachgruppe Public Health priorisierten Bereiche „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ und „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“.
3. Einrichtung einer **projektbegleitenden Arbeitsgruppe (AG)** gemeinsam mit der zuständigen Fachgruppe Public Health (Nominierung über die Kurien Sozialversicherung, Länder, Bund). Die Mitglieder der AG sind in Anhang 1 angeführt.
 - » Durchführung von insgesamt **vier AG-Sitzungen** (3. 4., 8. 5., 12. 6. und 27. 9. 2019)
 - » **detaillierte Problemanalyse** für die zwei priorisierten Bereiche: Identifikation von zwölf und Priorisierung von fünf Problembereichen zur weiteren Bearbeitung
 - » **Erstellung eines Rasters für die fünf Themenbereiche** mit den Kategorien: Problembeschreibung, Ziel, konkrete Maßnahmen / multiprofessionelle Lösungsansätze, für die Umsetzung notwendige Akteure/Aspekte, mögliche Bezugspunkte (Projekte, Aktivitäten)
 - » ergänzend **Erstellung einer Shortlist**: Übersicht über alle 23 Maßnahmenempfehlungen
4. **Rückkopplung der AG-Ergebnisse mit den zuständigen Zielsteuerungsgremien/Fachgruppen**
 - » Präsentation der AG-Ergebnisse bei der **FG PH am 21. 8. 2019**: Erweiterung der Shortlist in Richtung Umsetzungsplan: damit einhergehende Reduktion auf 15 Maßnahmen (mit Konnex zu zwei von der FG PH definierten Themenbereichen: „Attraktivierung Berufsbild“ sowie „Kooperation“), Ergänzung der Maßnahmen um Umsetzungsschritte sowie eine Einschätzung zur Machbarkeit; Definition der federführenden Zuständigkeit pro Maßnahme; Priorisierung von fünf der 15 Maßnahmen; Präsentation bei der **FG PH am 17. 10. 2019**, damit einhergehende Priorisierung von drei Maßnahmen. Eine Abstimmung dieser drei Maßnahmen mit der FG Versorgungsstruktur (FG VS) wurde angeregt.

- » Präsentation der bisherigen Aktivitäten und priorisierten Maßnahmen in der **FG VS am 24. 1. 2020**; Einholung ergänzender Informationen/Daten **und** neuerliche Präsentation **am 27. 2. 2020**; Abstimmung einer Empfehlung der FG VS an die FG PH zur weiteren Vorgehensweise: Fokus auf die Maßnahmen 2 (entwicklungs- und sozialpädiatrischer Bereich) und 14 (kinder- und jugendpsychiatrische Netzwerke), Maßnahme 1 (Ausbildungsstellen, Mangelfachverordnung) nicht mehr weiter verfolgen.
- » Bestätigung der Empfehlungen der FG VS durch die **FG PH am 2. 3. 2020**, Bestätigung der konkreten Umsetzungsschritte zu den Maßnahmen 2 und 14.
- » Präsentation des gegenständlichen Konzepts in der **Sitzung des Ständigen Koordinierungsausschusses am 4. 12. 2020**, der beschloss, dass das Dokument auch der Fachgruppe Versorgungsprozesse vorzulegen sei. Bei der **Sitzung der FG Versorgungsprozesse am 26. 1. 2021** eingebrachte Anmerkungen wurden in das Konzept integriert.
- » Neuerliche Einbringung des Konzepts in die **Sitzung des Ständigen Koordinierungsausschusses im März 2021**.

3 Ist-Analyse der relevanten Bereiche bzw. Berufsgruppen

Bei der vorliegenden Grobanalyse geht es um die Frage, **in welchen Bereichen** tatsächlich von einer Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosozialen Problemen auszugehen ist, und, wenn möglich, um eine Quantifizierung des Versorgungsdefizits (Ist-Soll-Vergleich). Außerdem geht es darum, die **Art** der Mangelversorgung (z. B. tatsächlich bestehende Unterversorgung, mangelnde Verträge mit Sozialversicherungsträgern, unattraktive Rahmenbedingungen etc.) zu benennen. Die Daten beziehen sich primär auf das Jahr 2018, in dem die Grobanalyse durchgeführt wurde, punktuell lagen bereits aktuellere Daten vor.

Die Grobanalyse umfasste folgende in Abstimmung mit der zuständigen Fachgruppe einbezogenen Bereiche:

- » Kinder- und Jugendpsychiatrie
- » Kinder- und Jugendpsychosomatik
- » Entwicklungs- und Sozialpädiatrie
- » Psychotherapie mit Spezialisierung auf Kinder/Jugendliche
- » Psychologie mit Spezialisierung auf Kinder/Jugendliche
- » Schulbereich: Sozialarbeit, schulärztlicher Dienst etc.
- » Pflege mit Spezialisierung auf Kinderpflege bzw. psychiatrische Pflege

3.1 Kinder- und Jugendpsychiatrie

Ausgangslage:

Im Jahr 2008 wurden erstmals die Kinder- und Jugendpsychiatrie betreffende Bestimmungen in den Österreichischen Strukturplan Gesundheit (BMSGK 2019) integriert, es handelt sich also um einen relativ jungen medizinischen Fachbereich. Die Planungsgrundlagen im ÖSG sind eine Richtschnur für den Auf- und Ausbau der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl hinsichtlich Verbesserungen in der Versorgung wie auch bezüglich der Anhebung der Zahl von Fachärztinnen/Fachärzten in diesem Bereich. Letzteres ist eine Voraussetzung für den längerfristig geplanten Ausbau der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung. Der Umsetzungsstand ist in Österreich allerdings noch ausbaufähig und variiert nach Region.

Für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde bereits festgehalten, dass er als „Mangelfach“ einzustufen ist (vgl. Ärzte-Ausbildungsordnung 2015, Fassung vom 19. 4. 2018; BGBl. II Nr. 147/2015, § 37). Der Erlass der Mangelfachverordnung bis zum Jahr 2021 soll zu einer Erhöhung der Ausbildungskapazität im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie führen (erhöhter Ausbildungsschlüssel 1:2). In den letzten Jahren legten ca. 12 bis 16 Personen pro Jahr die Facharztprüfung für KJP ab (lt. Auskunft der Fachgesellschaft ÖGKJP im März 2020).

Hinsichtlich des Bedarfs an kinder- und jugendpsychiatrischen Kapazitäten bzw. Versorgungsstrukturen sind im Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG 2017) **Bedarfsrichtwerte** sowohl für den **ambulanten Bereich** als auch für den **stationären Bereich** festgelegt. Die Kenngröße für den ambulanten Bereich bilden sogenannte ärztliche ambulante Versorgungseinheiten (ÄAVE). Diese umfassen sowohl niedergelassene Fachärztinnen/-ärzte als auch fachärztliche Versorgungseinheiten in Spitalsambulanzen und in Kassenambulatorien/Vertragsinstituten (vgl. BMASGK 2019, ÖSG 2017, S. 38 f.).

Im **stationären Bereich** waren mit Stand 2018 **431 KJP-Betten** vorhanden, das entspricht österreichweit 0,05 Betten/1.000 EW und liegt somit noch **unterhalb** des definierten **Mindestbedarfs von 0,08 Betten/1.000 EW** (vgl. ÖSG 2017, S. 41). Aktuell liegt der Betten-Ist-Stand in allen Bundesländern – außer Vorarlberg (0,09) – unter der definierten Mindestbettenmessziffer. Im Burgenland sind keine stationären KJP-Kapazitäten vorhanden. Wenn allerdings die bestehenden Planungen für Wien und die Steiermark umgesetzt sein werden, ist von einer weiteren Verbesserung der Situation auszugehen (vgl. Kern et al. 2019).

Zum Bedarf in der **ambulanten psychosozialen Versorgung** für Kinder beinhaltet der ÖSG 2017 einen Richtwert, nach dem mindestens eine ambulante KJP-Einheit pro 250.000 Einwohner/-innen vorgehalten werden soll. Ambulante KJP-Einheiten entsprechen **multiprofessionellen Einrichtungen** zur ambulanten sozialtherapeutischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Beratung/Behandlung und sind von den Krankenhausambulanzen oder sogenannten Sozial- bzw. Entwicklungspädiatrischen Einrichtungen/Ambulatorien im Bereich Pädiatrie abzugrenzen. Bis dato sind jedoch keine Qualitätskriterien für „ambulante KJP-Einheiten“ in den ÖSG aufgenommen worden, die eine klare Abgrenzung ermöglichen würden, welche ambulanten Einheiten diesem idealtypischen Einrichtungstyp tatsächlich entsprechen. Dementsprechend liegen **unterschiedliche Zahlen zum Ist-Stand** vor:

- » Mit Stand 2017 waren nach Angaben der befragten Landesbehörden in Österreich insgesamt **27 multiprofessionelle ambulante KJP-Einheiten** vorhanden, die sich auf alle Bundesländer – außer Niederösterreich – verteilten. Davon waren – wieder nach Angaben der Landesbehörden – **elf Einrichtungen im Status eines Ambulatoriums**, die in folgenden Bundesländern eingerichtet waren: Burgenland (zwei), Kärnten (fünf), Salzburg (drei) und Wien (eine) (vgl. Valady 2019).
- » Der Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit (Bachner et al. 2018) weist für das Berichtsjahr 2017 hingegen einen Ist-Stand von **17 ambulanten KJP-Einheiten** aus (zwei im Burgenland, fünf in Kärnten, vier in Oberösterreich, eine in Salzburg, zwei in Vorarlberg und drei in Wien). Demnach war im Jahr 2017 erst rund die Hälfte an ambulanten KJP-Einheiten umgesetzt. Die Errichtung weiterer Ambulatorien ist jedoch geplant, zum Beispiel sollen in der Steiermark fünf KJP-Ambulatorien in bis zu sieben Standorten entstehen und auch Kärnten plant weitere Ambulatorien.
- » Nach Angaben der Sozialversicherung gab es mit Stand Jänner 2019 in Österreich insgesamt **31 FÄ** für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Kassenvertrag und es waren 27 FÄ in Ambulatorien mit Kassenverträgen tätig.

Schlussfolgerungen:

- » Kinder- und Jugendpsychiatrie ist bereits ein definiertes **Mangelfach** mit bestehender Mangelfachverordnung bis zum Jahr 2021.¹
- » Die **Mangelsituation ist belegt** und vom Ausmaß her **relevant**: Im Vergleich mit den Richtwerten laut ÖSG besteht ein (regional unterschiedlicher) Ausbaubedarf im stationären UND im ambulanten Bereich.
- » Es gibt bereits **viel Wissen und Vorarbeiten** bezüglich Ist-Stand und Bedarf.
- » Eine „Behebung“/Entspannung der Mangelsituation ist **dringlich** (schwierige Besetzung von Planstellen, insbesondere im ambulanten Bereich).
- » **Synergien** mit anderen BGA-Projekten sind nutzbar und ein Anschluss an Vorarbeiten ist möglich (Grundlagen für ambulante Versorgungsaufträge im Rahmen des ÖSG; Empfehlungen aus BGA-Projekt Integrierte psychosoziale Versorgung von KIJU).

3.2 Pädiatrische Psychosomatik

Ausgangslage:

Derzeit sind in sieben Bundesländern PSO-Einheiten für Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit **insgesamt 126 PSO-KJ-Betten** vorhanden, das sind 0,014 Betten/1.000 EW. Im Burgenland und in Tirol gibt es noch kein PSO-KJ-Angebot. In Oberösterreich und in Salzburg (je 0,027) gibt es die meisten PSO-KJ-Betten. Über dem Bundesdurchschnitt liegen auch die Steiermark (0,019) und Kärnten (0,016). Insgesamt besteht noch ein geringer Ausbaubedarf an stationären Kapazitäten (Kern et al. 2018).

Im **ambulanten Bereich** sind bezüglich der psychosomatischen Versorgung die niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte (vor allem in den Fachrichtungen Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde) mit einem Fortbildungsdiplom der ÖÄK in psychosomatischer Medizin, dem sogenannten PSY-II-Diplom, relevant.

Bezüglich möglicher **Kooperationen** zwischen Kinder-/Jugendpsychiatrie und Kinder-/Jugendpsychosomatik bzw. zwischen diesen beiden kinderspezifischen Fächern und anderen Versorgungsbereichen wurden bereits entsprechende Vorarbeiten geleistet (Kern 2015), die für die Arbeiten im Jahr 2019 berücksichtigt werden konnten.

1

Eine Verlängerung der bestehenden Mangelfachverordnung ist mittlerweile bereits beschlossen.

Schlussfolgerungen:

- » Im Vergleich zu den Planungsvorgaben des ÖSG für die **stationäre PSO-KJ** besteht noch (geringer) Betten-Ausbaubedarf.
- » Im **ambulanten Bereich** sind das ÖÄK-Fortbildungsdiplom „Psychosomatische Medizin“ und die Spezialisierung in „Fachspezifischer psychosomatischer Medizin“ im Rahmen der Ausbildung relevant (für mehrere Fachrichtungen zugänglich).
- » Nächste Maßnahmen sind relativ klar: Angebote in jenen zwei Bundesländern aufbauen, in denen noch keine PSO für Säuglinge, Kinder und Jugendliche vorhanden ist.

3.3 Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

Ausgangslage:

Der entwicklungs- und sozialpädiatrische Bereich ist nicht als eigene Spezialisierung oder Subdisziplin zu verstehen, sondern als integraler Bestandteil der Pädiatrie und pädiatrischen Praxis. Dementsprechend gibt es innerhalb der Fachgesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde in Österreich und Deutschland bereits seit Jahrzehnten eine Arbeitsgruppe „Entwicklungs- und Sozialpädiatrie“. Der Bereich ist innerhalb der Pädiatrie wie auch mit vielen anderen angrenzenden Fachbereichen (insbes. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Pädagogik, Jugendwohlfahrt, Bildungs- und Schulwesen, Psychotherapie etc.) in seinem Wesen gebietsübergreifend und interdisziplinär orientiert. Trotz inhaltlicher Zugehörigkeit zum medizinischen Fach der Kinder- und Jugendheilkunde ist dieser Bereich im österreichischen Gesundheitssystem kaum sichtbar und weitgehend unbekannt. Nachfolgend erfolgt daher eine kurze Beschreibung (Definitionen, Zielgruppen und Aufgabengebiet) anhand folgender Quellen:

- » Altöttinger Papier der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (2014) (Hollmann et al. 2014)
- » Konzept der AG Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2006) (Vavrik/Popow 2006)
- » Informationen zum aktuellen Konzeptionsprojekt Sozialpädiatrisches/-psychiatrisches Netzwerk OÖ (unveröffentlicht) (Schöllner 2020)

Definitionen:

- » Sozialpädiatrische Zentren sind spezielle Institutionen der ambulanten Krankenversorgung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, psychiatrischen Störungsbildern und Behinderungen (vgl. deutsche Definition, Konzept OÖ).
- » Es geht um medizinische Betreuung von KIJU, die aufgrund ihrer Krankheit Störungen in ihrer geistigen, körperlichen und/oder seelischen Entwicklung aufweisen und somit in der gesellschaftlichen Teilhabe behindert sind (vgl. Altöttinger Papier).

- » Entwicklungs- und Sozialpädiatrie befasst sich mit allen Wachstums- und Entwicklungsprozessen in der Kindheit sowie deren Lebensraum und möglichen Belastungen. Dem familiären und psychosozialen Kontext kommt daher eine besondere Bedeutung zu (vgl. Konzept ÖGKJ 2006).

Zielgruppen:

Zielgruppen sind Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unterschiedlichster Ursachen:

- » **pädiatrische Erkrankungen** (z. B. Stoffwechselerkrankungen)
- » **neuropädiatrische Erkrankungen** (z. B. neuroimmunologische Erkrankungen, Epilepsie)
- » **Risikokinder** (z. B. Frühgeburten)
- » **neuropädiatrische Störungen** (z. B. ADHS)
- » **psychosoziale Entwicklungsstörungen** (z. B. psychosoziale Stressfaktoren im familiären Umfeld, schwere Erkrankung einer Bezugsperson)
- » **psychiatrische Erkrankungen**

Aufgabengebiet:

- » sozialpädiatrische Einrichtungen als Bestandteil der abgestuften **ambulanten pädiatrischen Versorgung** → **KEINE neue Spezialisierung oder Subdisziplin**, sondern integraler Bestandteil pädiatrischer Haltung und Tätigkeit (bei entsprechend qualitätsgesicherter Fort- und Weiterbildung)
- » **interdisziplinäre Einrichtungen** zur Diagnostik, Beratung und Therapie von KIJU mit Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten
- » Enge Nahtstelle zu KJP-Versorgung!

Ist-Stand:

Bei der Erarbeitung der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie im Jahr 2011 stellten die in den Prozess eingebundenen Expertinnen und Experten Ausbaubedarf in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Kinder- und Jugendpsychosomatik, aber auch im Bereich Sozialpädiatrie fest und formulierten daraus das Ziel der Verbesserung der Versorgung in diesen Bereichen (Ziel 15). Seither fanden tatsächlich einige positive Entwicklungen statt, wie durch das letzte Update der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie mit dem Schwerpunkt auf Themenfeld 5, „Versorgung von kranken Kindern und Jugendlichen in spezifischen Bereichen“ (BMGF 2017), aufgezeigt werden konnte.

Der sozialpädiatrische Bereich wurde seit 2011 ausgebaut, so wurden seither insgesamt neun **neue sozialpädiatrische Ambulatorien** in Kärnten, Oberösterreich, Tirol und Wien eröffnet (BMGF 2017). Auch wenn in den letzten Jahren in vielen Bundesländern zusätzlich eine Verbesserung hinsichtlich der Kostenübernahmen bei funktionellen Therapien und Psychotherapien für Kinder und Jugend-

liche durch niedergelassene Therapeutinnen/Therapeuten erfolgt ist, gehen Expertinnen und Experten davon aus, dass aufgrund langer Wartelisten bei Sozial- bzw. Entwicklungsambulatorien nach wie vor ein zusätzlicher Bedarf besteht (Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheit 2017).

Über den österreichweiten Ist-Stand multiprofessioneller Einrichtungen im sozialpädiatrischen Bereich gibt es bislang keine vollständigen Informationen (Anzahl, Kapazitäten etc.). Außerdem ist davon auszugehen, dass diese Versorgungsstrukturen je nach Bundesland sehr heterogen hinsichtlich Zielgruppen, Versorgungsauftrag, Personalausstattung, Finanzierung und der Leistungsangebote ausgestaltet sind. Es gibt keine einheitlichen Qualitätskriterien in Hinblick auf Zielgruppen, Aufgabengebiet, Leistungsangebote sowie erforderliche personelle Ausstattung.

Schlussfolgerungen:

- » **Ist-Stand unbekannt:** „blinder Fleck“ bezüglich Anzahl, Finanzierung, Homogenität und **Versorgungsrolle/-auftrag** von einschlägigen Ambulatorien; heterogene Versorgungssituation je nach Bundesland
- » **Keine Bedarfsrichtwerte** vorhanden: „Mangel“ ist derzeit **nicht quantifizierbar** (laut Kindergesundheitsstrategie von Expertinnen und Experten als „**Mangelbereich**“ definiert).
- » Es besteht eine **enge Nahtstelle zum Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie** (in Hinblick auf Zielgruppen, Leistungsangebote).

3.4 Psychotherapie

Ausgangslage:

Mit Stand 31. 12. 2017 waren in Österreich insgesamt 9.201 Personen zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie berechtigt (Sagerschnig/Tanios 2017). Dies entspricht einer Dichte von 10,5 Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten pro 10.000 EW. Die Anzahl der berufsberechtigten Personen liefert allerdings nur grobe Hinweise, weil das tatsächliche Ausmaß der psychotherapeutischen Tätigkeit dieser Personen nicht bekannt ist.

Das psychotherapeutische Angebot ist regional ungleich verteilt. Der Großteil der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist auf Wien konzentriert, rund 41 Prozent aller einschlägigen berufsberechtigten Personen haben ihren Berufssitz bzw. Dienstort in der Bundeshauptstadt. Auch in Salzburg sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten demografisch überrepräsentiert. Umgekehrt verhält es sich in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich, in der Steiermark und im Burgenland.

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind sehr stark ausgeprägt: Wien hat mit derzeit durchschnittlich 20,0 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 10.000 EW die höchste

Versorgungsdichte, das Burgenland mit durchschnittlich 5,3 Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten pro 10.000 EW die geringste. Ähnlich verhält es sich mit den Unterschieden zwischen Stadt und Land: Psychotherapie ist traditionell ein eher städtisches Phänomen, da im ländlichen Bereich Barrieren wie Informationsdefizite, soziale Kontrolle und fehlende oder weit entfernte Angebote stärker ausgeprägt sind (Sagerschnig/Tanios 2017).

Außerdem verfügten mit Stand Oktober 2017 insgesamt 1.386 Ärztinnen/Ärzte über ein **Fortbildungsdiplom „Psychotherapeutische Medizin“** der Österreichischen Ärztekammer („PSY III-Diplom“). Deren Versorgungswirksamkeit in Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung **von Kindern und Jugendlichen** ist allerdings nicht bekannt und muss ggf. noch geklärt werden. Es ist davon auszugehen, dass diesbezüglich insbesondere Fachärztinnen/–ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie (54 Personen mit PSY III), Kinder- und Jugendheilkunde (37 Personen mit PSY III) sowie bei Jugendlichen Fachärztinnen/–ärzte für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin (708 Personen) eine Rolle spielen.

Die Psychotherapieausbildung in Österreich sieht – im Unterschied zu Deutschland – keine eigene Ausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vor. Um auf die spezifischen Anforderungen der psychotherapeutischen Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen einzugehen, wurden vom damaligen BMGF zwei Richtlinien herausgegeben: Die *Richtlinie für die psychotherapeutische Arbeit mit Säuglingen, Kindern und Jugendlichen* auf Grundlage des Gutachtens des Psychotherapiebeirats vom 2. 12. 2014 empfiehlt die themenspezifischen Inhalte des Propädeutikums und des Fachspezifikums und geht auf die Fort- und Weiterbildung in diesem Bereich ein. Sie listet auch die Kompetenzen auf, über welche die spezialisierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verfügen sollten.

Die *Fort- und Weiterbildungsrichtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten* auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirats, zuletzt vom 2. 12. 2014, regelt unter anderem, wer als Anbieter von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen infrage kommt und in welcher Form die Fort- und Weiterbildung absolviert werden kann. Ferner werden z. B. Mindeststandards für die Inhalte von Weiterbildungscurricula gesetzt und die Weiterbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie wird näher erläutert.

Derzeit sind **882 Personen** als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit **Weiterbildung in Säuglings-, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie** beim Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) eingetragen (abgerufen am 28. 8. 2018). Da die Eintragung nicht verpflichtend ist, kann die Gesamtzahl der Absolventinnen und Absolventen dieser Weiterbildung nicht bestimmt werden. Sie verteilen sich flächendeckend auf die meisten Bezirke, nur vereinzelt sind Bezirke ohne Psychotherapeutinnen/-therapeuten mit Weiterbildung für Kinder und Jugendliche vorhanden. Wie viele dieser Personen in einen psychotherapeutischen Versorgungsverein bzw. eine kassenfinanzierte Regelung eingebunden sind, ist nicht bekannt.

Für den Bereich der Psychotherapie gibt es keine offiziellen Bedarfsrichtwerte. Vonseiten der GÖG und anderer Institutionen werden jedoch in regelmäßigen Abständen die **Inanspruchnahmedaten**

für Psychotherapie auf Basis von Daten der Sozialversicherung analysiert. Diese zeigen grundsätzlich eine dynamische Entwicklung in den letzten Jahren, die psychotherapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche wurden in allen Bundesländern aufgestockt.

Die Ergebnisse aus dem LEICON-Projekt für das **Datenjahr 2015** zeigen im Bereich Kinder- und Jugendgesundheit, dass 2015 insgesamt 1,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 20 Jahren mit psychotherapeutischen Leistungen versorgt wurden. Anteilsmäßig wurden die meisten Kinder und Jugendlichen in den Bundesländern Wien (2,4 %) und Niederösterreich (2 %) versorgt. Für manche Bundesländer (z. B. Salzburg, Vorarlberg) liegen jedoch bezüglich psychotherapeutischer Leistungen keine vollständigen Daten vor (Quellen: LEICON, Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger).

Im Vergleich zur Analyse der Inanspruchnahme zeigen **epidemiologische Studien** folgende Ergebnisse bezüglich der **Prävalenz psychischer Erkrankungen** bei Kindern und Jugendlichen:

Die **MHAT-Studie** (*Mental Health in Austrian Teenagers*) ist die erste epidemiologische Studie über die psychische Gesundheit von Jugendlichen in Österreich (Wagner et al. 2017). Ihr Ziel war es, die Prävalenzraten psychischer Störungen bei einer repräsentativen Stichprobe von **Jugendlichen** zwischen zehn und 18 Jahren zu erheben. Im Rahmen eines Screenings mithilfe standardisierter Selbstbeurteilungsbögen wurden Daten in Bezug auf die psychische Gesundheit erhoben. Das Ergebnis war eine Prävalenzrate für psychische Probleme von **19 Prozent**. Die Non-Responder-Analyse lässt eine Unterschätzung der Prävalenzdaten vermuten.

Die Daten der **deutschen BELLA-Studie**, wonach bei 21,9 Prozent aller Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten vorliegen, zeigen ähnliche Ergebnisse. Die häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens und depressive Störungen. Unter den untersuchten Risikofaktoren werden vor allem ein ungünstiges Familienklima und ein niedriger sozioökonomischer Status als bedeutsam eingestuft (Ravens-Sieberer et al. 2007).

Schlussfolgerungen:

- » Es gibt ein **langjähriges „Monitoring“** der Entwicklung dieser Berufsgruppe, allerdings sind nur Informationen bezüglich der Anzahl der Personen vorhanden.
- » Grundsätzlich gibt es eine hohe Anzahl an Personen, die Psychotherapie anbieten, ABER auch eine regionale Ungleichverteilung des Angebots UND bis dato fehlende Informationen zum Ausmaß der tatsächlichen Tätigkeit in freier Praxis. Antworten zu diesen Fragen soll die Studie „Analyse der Versorgungswirksamkeit von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in freier Praxis“ liefern, die im Auftrag des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger (vormals: Hauptverband) erstellt wird und im Laufe des Jahres 2020 veröffentlicht werden soll.
- » Es gibt keine eigene Ausbildung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (wie z. B. in Deutschland), ABER 882 **Personen** mit **Weiterbildung** in KIJU-Psychotherapie (von ca. 9.000 in die Berufsliste eingetragenen Personen).

- » Es sind **keine Bedarfsrichtwerte** vorhanden: Ein etwaiger „Mangel“ ist derzeit nicht quantifizierbar.
- » Aktuell gibt es mehrere Projekte und Strategien mit anstehenden „Grundsatzentscheidungen“ zur künftigen Organisation der psychotherapeutischen Versorgung.
- » Das aktuelle Regierungsprogramm enthält Maßnahmen zum Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung.

3.5 Psychologie

Ausgangslage:

Mit Stand 31. 12. 2017 sind in Österreich 9.587 Personen in der Liste der Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen mit aktivem Berufs- und/oder Dienstsitz eingetragen (Sagerschnig/Tanios 2017), die ungleich auf die Bundesländer verteilt sind: Die beiden mit Abstand am besten mit Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen versorgten Bundesländer sind – wie auch bei der Psychotherapie – Salzburg und Wien, die gemeinsam über 40 Prozent aller Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen beheimaten. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ausgeprägt, allerdings ist die Spannbreite in der Verteilung nicht ganz so groß wie bei den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die am schlechtesten mit klinischer Psychologie versorgten Bundesländer sind – ebenso wie im Falle der Psychotherapie – Oberösterreich, Niederösterreich und das Burgenland. Generell zeigt sich, dass die Bundesländer, in denen Psychologie studiert werden kann, ein größeres Angebot an Klinischen Psychologinnen und Klinischen Psychologen aufweisen.

Da keine Schätzungen hinsichtlich des Bedarfs an klinisch-psychologischen Leistungen vorliegen, kann auch keine Aussage darüber getroffen werden, wie bedarfsgerecht die gegenwärtige Versorgungssituation ist. Das einzige bewertbare Kriterium ist jenes der Flächendeckung. Diese ist bereits weitgehend gegeben, da in allen Bezirken Klinische Psychologinnen bzw. Klinische Psychologen vertreten sind. Durch die deutliche Ungleichverteilung des Angebots auf Bundesländer sowie auf städtisches und ländliches Gebiet muss davon ausgegangen werden, dass Teile Österreichs – auch wenn das Ausmaß nicht quantifiziert werden kann – unterversorgt sind (Sagerschnig/Tanios 2017).

In den Berufslisten des BMSGPK für Klinische Psychologinnen und Klinische Psychologen besteht die Möglichkeit, drei Spezialisierungen einzutragen: Mit einem Eintragungsdatum bis Ende 2017 waren 263 Personen auf Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie spezialisiert (Sagerschnig/Tanios 2017). Zusätzlich führt der Berufsverband BÖP auf seiner Website eine Liste der Psychologinnen/Psychologen **nach ihren Tätigkeitsschwerpunkten** (Selbstangaben): Demnach geben **520** Personen einen Schwerpunkt auf 0- bis 6-jährigen Kindern an, **760** Personen auf 6- bis 12-jährigen, und die meisten in der Liste eingetragenen Psychologinnen/Psychologen führen einen Schwerpunkt auf der Zielgruppe Jugendliche an.

Ein zusätzlicher „Attraktivierungsbedarf“ besteht aus derzeitiger Sicht weniger hinsichtlich einer Anhebung des Angebots an Psychologinnen/Psychologen, sondern eher in der Definition der Rolle

psychologischer Behandlung unter einer multiprofessionellen Perspektive. Diese Fragestellung wird aktuell bereits in einem größeren Zusammenhang in Zusammenschau mit der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung bearbeitet (Maßnahme Zielsteuerung-Gesundheit und Gesundheitsziel 9).

Schlussfolgerungen:

- » Es gibt ein **langjähriges „Monitoring“** der Entwicklung dieser Berufsgruppe, allerdings sind nur Informationen bezüglich der Anzahl der Personen vorhanden.
- » 263 Personen (von ca. 9.500 in die Berufsliste eingetragenen Psychologinnen und Psychologen) haben eine Spezialisierung in „Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie“ (eigenes Fortbildungscurriculum).
- » Es sind **keine Bedarfsrichtwerte vorhanden**, ein etwaiger „Mangel“ ist derzeit **nicht quantifizierbar**.
- » Das aktuelle Regierungsprogramm enthält Maßnahmen zum Ausbau der (schul-)psychologischen Versorgung.

3.6 Schulbereich

Ausgangslage:

Das Setting Schule ist ein wichtiger Ort, an dem psychische Probleme und Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen deutlich werden. Es hat in den letzten Jahren zunehmend Bedeutung erlangt, wenn es um Kooperationen im Rahmen einer Weiterentwicklung der psychosozialen Versorgung von Kindern und Jugendlichen geht.

Im Zuge der „Bildungsreform“ sind auch neue Konzepte für regionale psychosoziale Unterstützungsangebote an Schulen vorgesehen. Seit 2019 gibt es Bildungsdirektionen (Bund/Land/Behörde), die in definierten „Bildungsregionen“ je Bundesland eine Außenstelle haben. Diese Bildungsdirektionen bestehen aus drei Säulen:

- » pädagogischer Dienst für alle Schultypen (früher Schulaufsicht)
- » Unterstützungssysteme (Psychologinnen/Psychologen, Schulärztinnen/Schulärzte, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen)
- » Fachbereich für Inklusion und Diversität/Sonderpädagogik

Die psychosozialen Teams sind entweder vor Ort (an „Hotspot-Schulen“) tätig oder betreuen die Schulen mittels regionaler mobiler Teams. Die Maßnahmen werden ab dem Jahr 2019 sukzessive umgesetzt. Eine Erweiterung schulärztlicher Leistungen bzw. Kompetenzen war lange geplant und ist mittlerweile in einer entsprechenden Verordnung gemündet (SchulÄ-V).

Schlussfolgerungen:

- » Das Setting Schule ist von hoher Bedeutung in Zusammenhang mit dem Auftreten von psychischen Problemen/Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen und rückt als wichtiger Kooperationspartner zunehmend in den Fokus.
- » Das Bildungsreformgesetz enthält neue Konzepte für regionale psychosoziale Unterstützungsangebote an Schulen.
- » Der Bereich „psychosoziale Unterstützungsangebote an Schulen“ wurde bislang noch wenig bearbeitet, Kinder werden v. a. dort „auffällig“.
- » Das aktuelle Regierungsprogramm enthält Ziele zum Ausbau von schulischem Unterstützungspersonal.

3.7 Pflege mit Spezialisierung auf KIJU bzw. PSY

Ausgangslage:

Im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege mit Spezialisierung auf Kinderpflege besteht schon seit Jahren eine Unterversorgung. Ländervertreterinnen/-vertreter und Expertinnen/Experten aus der Praxis berichten, dass manche Stationen an Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde geschlossen werden oder allgemeine diplomierte Pflegepersonen für die Pflege von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden. Der derzeitige Ist-Stand der Versorgung ist jedoch nicht quantifizierbar.

Experten/Expertinnen befürchten, dass durch die neue Ausbildungsordnung (Spezialisierung erst nach gemeinsamem Basismodul möglich statt eigene Ausbildung) in Zukunft noch eine Verschärfung der Situation im Bereich Kinderpflege und psychiatrische Pflege eintritt.

Schlussfolgerungen:

- » Der **Ist-Stand** bezüglich Pflegepersonen mit einschlägiger Spezialisierung ist **unbekannt**: Die Analyse dieses Versorgungsbereichs und die Ableitung entsprechender Empfehlungen würde den Auftrag der gegenständlichen ZSG-Maßnahme bei Weitem überschreiten.
- » Die Bearbeitung zu einem späteren Zeitpunkt ist günstiger, wenn Ergebnisse und Auswertungen zum neuen Gesundheitsberuferegister (seit 1. 7. 2018) genutzt werden können.²
- » Es sind keine österreichweiten Bedarfsrichtwerte vorhanden: Ein „Mangel“ an spezialisiertem Pflegepersonal ist derzeit **nicht quantifizierbar**, es gibt aber Hinweise auf bestehende Unterversorgung im Bereich Kinderpflege.

2

Zwischenzeitlich wurde das Gesundheitsberuferegister eingerichtet, siehe dazu: <https://gbr.goeg.at/> (letzter Zugriff am 1. 2. 2021)

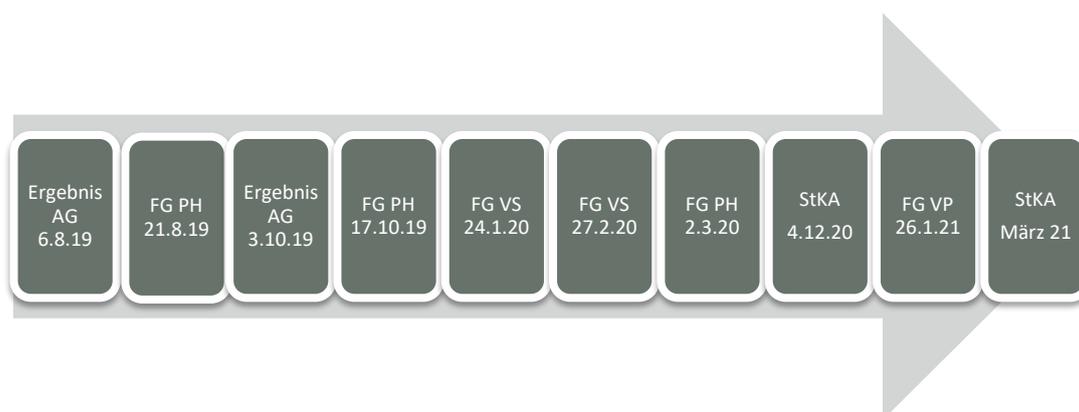
- » unbekannte Auswirkung der **neuen Ausbildungsordnung** (Spezialisierung erst NACH gemeinsamem Basismodul möglich statt eigener Ausbildung)
- » „Pflegeschwerpunkt“ laut aktuellem Regierungsprogramm

In der Sitzung der zuständigen Fachgruppe Public Health im November 2018 wurde vorgeschlagen, diesen Versorgungsbereich – auch angesichts geringer Projektressourcen für 2019 – nicht zu berücksichtigen.

4 Ergebnisse für die priorisierten Bereiche: Kinder- und Jugendpsychiatrie, sozial- und entwicklungspädiatrischer Bereich

Die Bearbeitung der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie des entwicklungs- und sozialpädiatrischen Bereichs erfolgte im Rahmen einer Arbeitsgruppe (AG). Diese behandelte aufgrund starker inhaltlicher und personeller Überschneidungen beide Bereiche gemeinsam. Ergebnisse der Arbeitsgruppe wurden zunächst in die Fachgruppe Public Health (FG PH) eingebracht. Diese ersuchte die AG um Berücksichtigung einiger Anmerkungen. Zu den finalen AG-Ergebnissen konsultierte die FG PH die FG Versorgungsstruktur (VS), bevor sie zu einer finalen Entscheidungsfindung gelangte. Der Ständige Koordinierungsausschuss beschloss eine Vorstellung des Konzepts bei der Fachgruppe Versorgungsprozesse. Danach wurde es erneut in den Ständigen Koordinierungsausschuss eingebracht.

Abbildung 4.1:
Abstimmungsprozess zu Ergebnissen



AG=Arbeitsgruppe, FG=Fachgruppe, PH= Public Health, VS=Versorgungsstruktur, VP = Versorgungsprozesse, StKA = Ständiger Koordinierungsausschuss

Quelle und Darstellung: GÖG

4.1 Ergebnis der Arbeitsgruppe mit Stand 6. 8. 2019

Zunächst unternahmen die AG-Mitglieder eine detaillierte Problemanalyse. Diese ergab zwölf Problembereiche, die die AG in Folge priorisierte und auf fünf reduzierte:

- » Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes
- » Multiprofessionelle, abgestufte Versorgung
- » Evidenz, Daten, Wissen über Bedarf, Patientenkarrerien
- » Kooperation
- » Vertragliche, finanzielle Rahmenbedingungen

Für diese fünf Themenbereiche arbeitete die AG Raster aus, die nachfolgende Eckpunkte behandelten (im Detail vgl. Anhang 2).

- » Was ist das zentrale Problem für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)
- » Was wollen wir erreichen? (Ziel)
- » Wie können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)
- » Was/Wen braucht es für die Umsetzung? (Wen federführend?)
- » mögliche Bezugspunkte (Projekte, Aktivitäten) – beispielhaft

Ergänzend zu den fünf Rastern stellten die AG-Mitglieder eine Shortlist zur Verfügung, die Maßnahmenempfehlungen für alle Themen übersichtlich darstellte. Die Shortlist (vgl. Anhang 3) umfasste 23 Maßnahmen.

4.2 Fachgruppe Public Health am 21. 8. 2019

Ergebnisse der AG mit Stand 6. 8. wurden in die FG Public Health eingebracht, die folgende Anregungen für eine weitere Bearbeitung beschloss:

- » Fokus auf zwei Bereiche/Themen: Attraktivierung Berufsbild, Kooperation
- » Clusterung der Maßnahmenempfehlungen (alle Bereiche) überdenken gemäß Fokus.
- » Eckpunkte für Umsetzungsplan (pro Maßnahme) definieren.
- » Federführung (pro Maßnahme) eindeutig definieren.
- » Anlehnung an Konzept zur Attraktivierung der Allgemeinmedizin, z. B. Ergänzung einer zeitlichen Einschätzung für die Umsetzung

Eine Abstimmung der GÖG mit der Arbeitsgruppe wurde empfohlen, eine neuerliche Einbringung in die Fachgruppe für die Sitzung am 17. 10. 2019 vereinbart.

4.3 Ergebnis der Arbeitsgruppe mit Stand 3. 10. 2019

Die AG überarbeitete die Shortlist auf Basis des Auftrags der FG PH vom 21. 8. 2019 in eine „Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für einen Umsetzungsplan“. Diese neue Shortlist umfasste nur mehr jene Maßnahmen, die einen Konnex zu den zwei Bereichen „Attraktivierung Berufsbild“ und „Kooperation“ aufwiesen, insgesamt waren es 15. Darüber hinaus wurden Maßnahmen um Vorschläge für Umsetzungsschritte sowie eine Einschätzung zu deren jeweiliger inhaltlicher und zeitlicher Machbarkeit ergänzt sowie federführende Zuständigkeiten für die Umsetzung definiert (für Details vgl. Anhang 4). Die AG schlug der FG PH fünf der 15 Maßnahmen für eine prioritäre Bearbeitung vor. Im Zuge der Übermittlung der Unterlage in Vorbereitung der Sitzung der FG am 17. 10. 2019 ersuchte sie die Kurien, jeweils drei prioritäre Maßnahmen zu definieren.

4.4 Fachgruppe Public Health am 17. 10. 2019

Die zwischenzeitlichen Arbeiten der AG lt. Pkt. 4.3 wurden der FG PH am 17. 10. 2019 präsentiert. Die FG bestätigte die Arbeiten der AG und priorisierte drei Maßnahmen:

- » Maßnahme 1: KJP: Erhöhung der Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4)
- » Maßnahme 2: Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie
- » Maßnahme 14: Vernetzungsinstrumente, wie z. B. Regionalversorgungsplattform (Fälle, Strukturen), schaffen

Die FG PH beschloss eine Konsultation der FG Versorgungsstruktur zur Beantwortung folgender Fragen:

- » Stimmt die FG VS der obigen Priorisierung grundsätzlich zu?
- » Wie ist die Sichtweise auf die vorgeschlagenen Umsetzungsschritte für die priorisierten Maßnahmen?

4.5 Fachgruppe Versorgungsstruktur am 24. 1. 2020

Die FG VS bestätigte, dass in den genannten Bereichen Handlungsbedarf besteht. Eingbracht wurde, dass weitere Aufbereitungen, Informationen, Daten nötig sind, um konkrete Aussagen treffen zu können, u. a. zu (besetzten) Ausbildungsstellen. Eine Abstimmung mit der Artikel 44-Kommission wurde als erforderlich erachtet. Die Mangelfach-VO für KJP sollte jedenfalls verlängert werden. Spezifische Rückmeldungen zu den priorisierten Maßnahmen waren:

- » Maßnahme 1: Klärung Datenlage zu KJP-Ausbildungsstellen bewilligt – besetzt (Personen in Ausbildung)
- » Maßnahme 2: Definition, Leistungsspektrum, Zielgruppen, Konzept für Oberösterreich recherchieren (Kontakt: Gabriele Weberberger), da es in diesem Bundesland schon weitreichende Erfahrungen/Arbeiten gibt.
- » Maßnahme 14: Bezugspunkte zu ÖSG herausarbeiten, Beispiele von Best-Practice-Modellen anführen.

Erste Anregungen für Änderungen bei Formulierungen wurden eingebracht. Die Sozialversicherung ersuchte um nachträgliche Berücksichtigung einer Stellungnahme, die im Rahmen der in der FG PH geleisteten Arbeit nicht aufgenommen worden sein dürfte. Dieses Anliegen wurde von der FG PH positiv aufgegriffen. Eine neuerliche Präsentation bei der nächsten Sitzung wurde beschlossen.

4.6 Fachgruppe Versorgungsstruktur am 27. 2. 2020

Bei der Sitzung der FG VS am 27. 2. 2020 wurden zwischenzeitliche Arbeiten zu den in der Sitzung am 24. 1. 2020 eingebrachten Rückmeldungen vorgestellt.

Einige Formulierungen der drei priorisierten Maßnahmen in der „Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für einen Umsetzungsplan“ wurden – entsprechend der Rückmeldungen – angepasst.

Nachfolgend werden die Arbeiten für die priorisierten Maßnahmen zusammengefasst dargestellt und am Ende jedes Maßnahmenabschnitts das Ergebnis der Beschlussfassung durch die FG VS wiedergegeben.

Maßnahme 1: Klärung des Bedarfs einer allfälligen Erhöhung der KJP-Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4), Verlängerung der Mangelfachverordnung

Relevante rechtliche Grundlagen wurden identifiziert und gesichtet (ÄrzteGesetz § 10 Abs. 4 zur Ärzteausbildung sowie § 235 Abs. 11 zur Abschmelzregelung, § 37 der Mangelfachverordnung sowie die Ärzteausbildungsordnungen 2006 und 2015). Gewünschte Daten wurden erhoben (Daten zu bewilligten, genehmigten Ausbildungsstellen über das Ausbildungsstättenverzeichnis der Österreichischen Ärztekammer³ und Daten zu besetzten Ausbildungsstellen / in Ausbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzten über die ASV-Meldestatistik⁴. Als weitere relevante Quelle wurde die Krankenanstaltenstatistik identifiziert, die Informationen zu Fachärztinnen und Fachärzten in Ausbildung enthält.). Die Datenauswertungen sowie Rücksprachen dazu mit fachkundigen Personen in der GÖG sowie bei der Ärztekammer ergaben, dass die ASV-Daten keine geeignete Grundlage für planerische Aussagen sind. Als relevante Einflussgrößen für die Besetzung von Ausbildungsstellen wurden u. a. genannt: die Zahl der Fachärztinnen/Fachärzte in Ausbildung (Betreuungsschlüssel), vom Krankenanstaltenträger bewilligte Dienstposten, Interessentinnen/Interessenten für ausgeschriebene Stellen sowie deren Motivationslagen.

In der Sitzung wurde bekannt, dass die Verlängerung der Mangelfachverordnung bereits kürzlich beschlossen worden war.

3

<https://www.aerztekammer.at/ausbildungsstaettenverzeichnis> [letzter Zugriff am 27. 2. 2020]

4

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Aerztinnen--und-Aerzteausbildung/Aerztinnen--und-Aerztemonitoring.html> [letzter Zugriff am 27. 2. 2020]

- ➔ *Die Verlängerung der Mangelfachverordnung für KJP wurde bestätigt. Eine Erhöhung der Ausbildungsstellen scheint nicht zielführend, da derzeit das Potenzial noch nicht ausgeschöpft ist (bewilligte Stellen sind nicht alle besetzt). Die Zielsteuerung-Gesundheit hat wenig Einfluss auf die Besetzung der KJP-Ausbildungsstellen. Die FG Versorgungsstruktur empfahl auf Basis dieser Argumente, von weiteren Arbeiten zu dieser Maßnahme Abstand zu nehmen. Der Fokus soll auf die Bearbeitung der Maßnahmen 2 und 14 gelegt werden.*

Maßnahme 2: Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

Definitionen zu Entwicklungs- und Sozialpädiatrie, Zielgruppen und Aufgabengebiete wurden vorgestellt.

Als Definitionen wurden angeführt (vgl. auch Kap. 3.3):

- » Sozialpädiatrische Zentren werden als spezielle Institutionen der ambulanten Krankenversorgung für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen, psychiatrischen Störungsbildern und Behinderungen definiert (vgl. deutsche Definition, Konzept OÖ).
- » Es geht um medizinische Betreuung von KIJU, die aufgrund ihrer Krankheit Störungen in ihrer geistigen, körperlichen und/oder seelischen Entwicklung aufweisen und somit in der gesellschaftlichen Teilhabe behindert sind (vgl. Hollmann et al. 2014).
- » ESP befasst sich mit allen Wachstums- und Entwicklungsprozessen in der Kindheit sowie deren Lebensraum und möglichen Belastungen → familiärer, psychosozialer Kontext! (vgl. Konzept ÖGKJ 2006)

Zielgruppen sind beispielsweise lt. dem Konzept in Oberösterreich (Vavrik/Popow 2006) Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unterschiedlichster Ursachen:

- » pädiatrische Erkrankungen (z. B. Stoffwechselerkrankungen)
- » neuropädiatrische Erkrankungen (z. B. neuroimmunologische Erkrankungen, Epilepsie)
- » Risikokinder (z. B. Frühgeburten)
- » neuropädiatrische Störungen (z. B. ADHS)
- » psychosoziale Entwicklungsstörungen (z. B. psychosoziale Stressfaktoren im familiären Umfeld, schwere Erkrankung einer Bezugsperson)
- » psychiatrische Erkrankungen

Mögliche Aufgabengebiete:

- » sozialpädiatrische Einrichtungen als Bestandteil der abgestuften ambulanten pädiatrischen Versorgung → keine neue Spezialisierung oder Subdisziplin, sondern integraler Bestandteil pädiatrischer Haltung und Tätigkeit (bei entsprechend qualitätsgesicherter Fort- und Weiterbildung)
- » interdisziplinäre Einrichtungen zur Diagnostik, Beratung und Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungs- und/oder Verhaltensauffälligkeiten
- » Enge Nahtstelle zu KJP-Versorgung!

- » (bereits bestehende) Versorgungsstrukturen:
 1. Versorgungsebene: niedergelassene Pädiater/-innen (bzw. Fachärztinnen/Fachärzte für KJP)
 2. Versorgungsebene: entwicklungs- und sozialpädiatrische Ambulatorien (oder Zentren in Krankenanstalten)
- ➔ *Die FG Versorgungsstruktur beschloss die weitere Bearbeitung der Maßnahme 2 entlang der folgenden Umsetzungsschritte:*
 - » *2.1 Definition des Bereichs ESP*
 - » *2.2 Erhebung des Ist-Stands (Zielgruppen, Finanzierung, Leistungsangebote, Personal-ausstattung)*
 - » *2.3 Definition von Standards betr. Struktur- und Prozessqualität von ESP-Ambulatorien*
 - » *2.4 Anerkennung und Ausbau von Ausbildungsstätten mit dem Schwerpunkt ESP für die Fächer Pädiatrie und KJP*
 - » *2.5 Berücksichtigung des Bereichs ESP in Strukturplänen (mittelfristig)*

Die FG Versorgungsstruktur wünschte, bei entscheidungsrelevanten Zeitpunkten neuerlich konsultiert zu werden (zunächst sobald die Ergebnisse zu Umsetzungsschritt 2.2 vorliegen). Bedenken zur Aufnahme des Bereichs in ÖSG/RSG (2.5) wurden geäußert; dieses Thema wird, sobald zeitlich relevant / erste Ergebnisse vorliegen, nochmals zu diskutieren sein.

Maßnahme 3: (Kinder- und jugendpsychiatrische) Netzwerke laut ÖSG sichtbar machen, stärken und weiterentwickeln; landesweite Netzwerkkoordination identifizieren bzw. definieren

Ausschnitte des ÖSG, in denen Netzwerkstrukturen erwähnt werden, wurden präsentiert:

Abbildung 4.2:
Auszug aus ÖSG – Kapitel Psychische Erkrankungen

3.2.3.8 Psychische Erkrankungen (PSY, KJP)

Diagnostik, Therapie und Rehabilitation bei psychischen Erkrankungen oder Störungen gemäß ICD

Versorgungsgrundsätze

- Partizipation der betroffenen Menschen und Angehörigen
- Dezentralisierung nach Maßgabe der geographischen Verhältnisse
- Regionalisierte Versorgung (inkl. Maßnahmen nach UbG)
- Gemeindenähe und -integration
- Ambulante Versorgung stärken
- „Ambulant vor stationär“
- „Tagesklinisch vor vollstationär“
- Konsiliar-Liaison Versorgung
- Integration in die Primärversorgung
- Vernetzung der Versorgungsbereiche

VERSORGUNGSMODELL

Modulare Versorgung

- Vorrangig multiprofessionelle niederschwellige Versorgungsangebote im ambulanten Bereich
- Umsetzung der Angebote im komplementären Bereich (Sozialbereich) in Abhängigkeit von den regionalen Rahmenbedingungen und den gesetzlich vorgegebenen Zuständigkeiten
- Bilden von regionalen sozialpsychiatrischen Netzwerken bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerken unter Einbeziehung aller Anbieterstrukturen (inkl. Sozial- und Behindertenbereich, Kinder- und Jugendhilfe); landesweite Netzwerkkoordination
- Ein Zusammenschluss von Konsiliar- und Liaisondiensten für PSY und PSO durch Berufsgruppen mit psychosozialer Kompetenz ist anzustreben (Klinische Psychologie; Psychotherapie; ÄrztInnen mit PSY II oder PSY III Diplom bzw. mit Spezialisierung in fachspezifischer psychosomatischer Medizin, FA für PSY)
- Laufende Evaluierung des Auf- und Ausbaus der ambulanten, tagesklinischen, stationären und komplementären Versorgung

Quelle: ÖSG 2017

Über erste Best-Practice-Beispiele wurde informiert:

- » Frühe-Hilfen-Netzwerke
- » Kindernetzwerke in NÖ (auf Basis „Kindernetzwerk Industrieviertel“)
- » Salzburg (Kooperation KJP mit KIJU-Hilfe)
- » Burgenland (eigene KJP-Koordination, Aufbau von Netzwerkstrukturen)
- » Netzwerk „Psychosoziale Kommission Wien“

- ➔ *Die FG Versorgungsstruktur beschloss die weitere Bearbeitung der Maßnahme 3 mit folgender geänderter Formulierung „(Kinder- und jugendpsychiatrische) Netzwerke laut ÖSG sichtbar machen, stärken und weiterentwickeln; Netzwerkkoordination in Bundesländern identifizieren bzw. definieren entlang der folgenden Umsetzungsschritte:*
 - » *14.1 Erhebung zu IST-Stand von KJP-Netzwerken gemäß ÖSG*
 - 14.2 Identifikation möglicher Best-Practice-Beispiele*
 - 14.3 Ableitung eines Maßnahmenpakets auf Basis von 14.1 und 14.2*

- ➔ Die finale „Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für einen Umsetzungsplan“ inkl. Sitzungsergebnis vom 27. 2. 2020 findet sich in Anhang 5. Zum Anhang 5 ist anzumerken, dass, bei einer Priorisierung und/oder weiteren Bearbeitung von Maßnahmen bereits bestehende, vorliegende Arbeiten und Bezugspunkte bestmöglich zu berücksichtigen und nutzen sind (u. a. Arbeiten der Fachgruppe Versorgungsprozesse zu Themen wie: Definition Case Management, integrierte Versorgung, Behandlungspfade, Vernetzung; Abstimmung mit Fachgruppe Versorgungsstrukturen in Hinblick auf Standards für den Bereich ESP etc.).

4.7 Fachgruppe Public Health am 2. 3. 2020

Ergebnisse der Konsultation der FG VS am 24. 1. bzw. am 27. 2. 2020 wurden am 2. 3. 2020 der FG PH präsentiert. Die Empfehlungen der FG VS wurden von der FG PH bestätigt, die Arbeiten zu den Maßnahmen 2 und 14 sollen fortgesetzt bzw. begonnen, Arbeiten zu Maßnahme 1 nicht weiter verfolgt werden. Eine weitere Rückkopplung mit der FG VS ist, falls dies thematisch erforderlich ist, vorgesehen.

4.8 Ständiger Koordinierungsausschuss am 4. 12. 2020

Das gegenständliche Konzept wurde in der Sitzung des Ständigen Koordinierungsausschusses am 4. 12. 2020 präsentiert. Dieser beschloss das Dokument noch der Fachgruppe Versorgungsprozesse vorzulegen.

4.9 Fachgruppe Versorgungsprozesse am 26. 1. 2021

Bei der Sitzung der FG Versorgungsprozesse am 26. 1. 2021 eingebrachte Anmerkungen wurden in das Konzept integriert. Im Anschluss daran wurde das Konzept im März 2021 neuerlich dem Ständigen Koordinierungsausschuss vorgelegt.

5 Arbeitsplan 2020

Die FG PH stimmte den Empfehlungen der FG VS zu, somit wurde im Jahr 2020 mit **2 „Startermaßnahmen“** aus dem definierten Maßnahmenpaket begonnen (Maßnahmen 2 und 3), Maßnahme 1 wird vorerst nicht weiter verfolgt. Eine weitere Rückkopplung mit der FG VS und FG VP, falls dies thematisch erforderlich ist, wird erfolgen.

Für das Jahr 2020 leitete sich folgender Arbeitsplan ab:

Maßnahme 1: Klärung des Bedarfs einer allfälligen Erhöhung der KJP-Ausbildungsstellen, Verlängerung der Mangelfachverordnung

- » 1.1 **Klärung der Faktenlage:** Daten zur Anzahl bewilligter und besetzter Ausbildungsstellen pro Bundesland (Art. 44 Kommission, GÖG) → Auswertungen und Analyse im Februar 2020 erfolgt
- » 1.2 Verlängerung der bestehenden Mangelfachverordnung → im Februar 2020 beschlossen → **keine weiteren Arbeitsschritte 2020 erforderlich**

Maßnahme 2: Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie

- » 2.1. Definition des Bereichs ESP → im Februar 2020 erfolgt (vgl. Kap. 3.3 bzw. 4.6)
- » 2.2 Erhebung des Ist-Stands (Zielgruppen, Finanzierung, Leistungsangebote, Personalausstattung)
- » 2.3 Definition von Standards betr. Struktur- und Prozessqualität von ESP-Ambulatorien
- » 2.4 Anerkennung und Ausbau von Ausbildungsstätten mit dem Schwerpunkt ESP für die Fächer Pädiatrie und KJP
- » 2.5 Berücksichtigung des Bereichs ESP in Strukturplänen (mittelfristig)

Maßnahme 3: (Kinder- und jugendpsychiatrische) Netzwerke laut ÖSG sichtbar machen, stärken und weiterentwickeln; Netzwerkkoordination in Bundesländern identifizieren bzw. definieren

- » 14.1 Erhebung zu IST-Stand von KJP-Netzwerken gemäß ÖSG (vgl. Kap. 3.2.3.8: Bilden von regionalen kinder- und jugendpsychiatrischen Netzwerken unter Einbeziehung aller Anbieterstrukturen (inkl. Sozial- und Behindertenbereich, Kinder- und Jugendhilfe etc.); landesweite Netzwerkkoordination)
- » 14.2 Identifikation möglicher Best-Practice-Beispiele
- » 14.3 Ableitung eines Maßnahmenpakets auf Basis von 14.1 und 14.2

Literatur

- Bachner, Florian; Bobek, Julia; Lepuschütz, Lena; Rainer, Lukas; Zuba, Martin (2018): Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich, Wien
- BMASGK (2019): ÖSG 2017 - Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2017 inklusive Großgeräteplan gemäß Beschluss der Bundes-Zielsteuerungskommission vom 30. Juni 2017 inklusive der bis 27. September 2019 beschlossenen Anpassungen. Verfasst von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Auftrag der Bundesgesundheitsagentur, Wien
- BMGF (2017): Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Wien
- Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sator, Marlene (2019): Psychotherapie als Sozialversicherungsleistung. Inanspruchnahme und Finanzierung. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht tlw. überarbeitete Fassung. Gesundheit Österreich GmbH, Wien. Unveröffentlicht
- Hollmann, Helmut; Kretzschmar, Christoph; Schmid, Ronald G. (Hg.) (2014): Qualität in der Sozialpädiatrie Band 1. Das Altöttinger Papier. Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie. RS-Verlag, Altötting
- Kern, Daniela (2015): Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Arbeitsfortschrittsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kern, Daniela; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2018): Indikatoren zur stationären und außerstationären psychosozialen Versorgung. Gesundheit Österreich, Wien
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2016): Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Abschlussbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie (2017): Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Gesundheit Österreich, Wien
- Kern, Daniela; Sagerschnig, Sophie; Valady, Sonja (2019): ÖSG-Monitoring 2019 Indikatoren der psychosozialen Versorgung 2018. Gesundheit Österreich. Unveröffentlicht
- Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheits (Hg.) (2017): Bericht zur Lage der Kinder- und Jugendgesundheits in Österreich 2017: Seelische Gesundheit. Österreichische Liga für Kinder- und Jugendgesundheits, Wien
- Ravens-Sieberer, U.; Wille, N.; Bettge, S.; Erhart, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 5/6/:871-878

- Sagerschnig, Sophie; Tanios, Aida (2017): Psychotherapie, Klinische Psychologie, Gesundheitspsychologie. Statistik der Berufsgruppen 1991–2016. Hg. v. Österreich, Gesundheit, Wien
- Schöllner, Michaela (2020): Projekt: Sozialpädiatrisches/–psychiatrisches Netzwerk Konzeptionsprojekt in ZA Land OÖ und OÖ Landesstelle ÖGK (Status 2/2020 noch nicht abgeschlossen). Unveröffentlicht
- SchulÄ–V: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz betreffend die Übernahme von Aufgaben der Gesundheitsvorsorge für die schulbesuchende Jugend durch Schulärztinnen und Schulärzte (SchulÄ–V), BGBl. II Nr. 388/2019, in der geltenden Fassung.
- Vavrik, Klaus; Popow, Christian (2006): Entwicklungs- u. Sozialpädiatrie in Österreich. Konzept des Arbeitskreises für Entwicklungs- und Sozialpädiatrie der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. Unveröffentlicht
- Wagner, Gudrun; Zeiler, Michael; Waldherr, Karin; Philipp, Julia; Truttmann, Stefanie; Dür, Wolfgang; Treasure, Janet L; Karwautz, Andreas FK (2017): Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. In: European Child & Adolescent Psychiatry 2017/:1–17

Anhang

Alle Anhänge beziehen sich ausschließlich auf das/die im jeweiligen Anhang behandelte/n Thema/Themen.

Anhang 1: Mitglieder der Arbeitsgruppe

Anhang 2: Finale Themen(raster) (Stand: 6. 8. 2019)

Anhang 3: Shortlist Themen und Maßnahmen, Ergebnis der drei AG-Sitzungen (Stand 6. 8. 2019)

Anhang 4: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 3. 10. 2019 (für FG PH am 17. 10. 2019)

Anhang 5: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 27. 2. 2020 inkl. Ergebnis der Sitzung der FG Versorgungsstruktur: Priorisierte Maßnahmen der FG PH sowie davon priorisierte Maßnahmen der FG VS

Anhang 1: Mitglieder der Arbeitsgruppe

- » Magdalena Arrouas (BMSGPK)
- » Caroline Culen (Liga für Kinder- und Jugendgesundheit)
- » Andrea Fleischmann (ÖGK, vormals: WGKK)
- » Johannes Gregoritsch (Dachverband, vormals: HVSVT)
- » Charlotte Hartl (ÖGKJP)
- » Marianne Hartner (ÖGK, vormals: STGKK)
- » Reinhold Kerbl (ÖGKJP, Kindergesundheitskomitee)
- » Claudia Klier (ÖGKJP, MedUni Wien)
- » Günter Klug (Gesellschaft zur Förderung seelischer Gesundheit Steiermark)
- » Edwin Ladinser (HPE)
- » Ewald Lochner (Psychiatriekoordinator Wien)
- » Semiramis Macek (Ländervertreterin, Kärnten)
- » Viktoria Schiefert (Dachverband, vormals: HVSVT)
- » Isolde Schmelzer (Ärztliche Leitung ZEF Wien)
- » Andreas Schneider (Psychiatriekoordinator NÖ)
- » Lenka Stejfova (Ärztliche Leitung Ambulatorium VKKJ Wien)
- » Klaus Vavrik (Ärztliche Leitung Ambulatorium VKKJ Wien)

Anhang 2: Finale Themen(raster) (Stand: 6. 8. 2019)

Übersicht über von der AG definierte Themen inkl. Anzahl der Maßnahmen

Themen	Maßnahmen
1. Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes	7
2. Multiprofessionelle, abgestufte Versorgung	3
3. Evidenz, Daten, Wissen über Bedarf, Patientenkarrieren	3
4. Kooperation	8
5. Vertragliche, finanzielle Rahmenbedingungen	2
	23 Maßnahmen

Übergreifende Themen

- » sozioökonomische Determinanten → Gesundheitsziele, insbes. GZ 9
- » für KIJU und deren Familien: keine Versorgung, Versorgung, aber lange Wartezeiten, inadäquate Versorgung, vielfach keine ausreichende Finanzierung der Behandlung durch die öffentliche Hand

1. Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes

WAS IST DAS zentrale PROBLEM für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)

- » Anzahl der KJP-Ausbildungsstellen insgesamt zu gering und regional unterschiedlich
- » fehlendes/unbekanntes Berufsbild ESP (in Österreich) bzw. Berufsbild wenig attraktiv (monetäre Aspekte, Stigma)
- » Stigmatisierung des psychosozialen Bereichs (Menschen mit psychischen Erkrankungen, deren Angehörige sowie professionelle Helfer/-innen)
- » Vereinbarkeit von Familie und Beruf (u. a. Wahrnehmung von Betreuungsverpflichtungen (Kinder, Angehörige) vielfach eine Herausforderung – insbes. für Frauen relevant, da Berufsfelder KJP und ESP zunehmend weiblich)

WAS wollen wir ERREICHEN? (Ziel)

- » KJP: mehr Ausbildungsstellen durch Mangelfachregelung NEU (1:4)
- » Klärung der Zusatzqualifikation ESP in der Fachgruppe Pädiatrie
- » KJP und ESP: Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen (Betroffenen), von deren Angehörigen, der professionellen Helfer/-innen (Behandler/-innen) im psychosozialen Bereich
- » Ergänzungen bei den Maßnahmen verorten?
- » Durchlässigkeit der Beschäftigung zwischen dem stationären, ambulanten und niedergelassenen Bereich fördern – Öffnen der Grenzen zwischen intra- und extramural
- » flexiblere Arbeitsplatz- und Arbeitszeitgestaltung, die eine bessere Work-Life-Balance ermöglichen

WIE können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)

1. KJP: Aufnahme der Verhandlungen ad Mangelfachregelung NEU mit BMSGPK zur Erhöhung der Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4), Verhandlung der bereits von der Fachgesellschaft ÖGKJP vorliegenden Stellungnahme zur Mangelfachregelung NEU
2. Ausbildungsmöglichkeit für Neuropädiatrie in den ESP-Ambulatorien forcieren
3. Formulierung des erforderlichen Leistungsangebots für ESP gemäß des bestehenden Versorgungsbedarfs (u. a. zur Bekanntmachung des Berufsbildes)
4. KJP, Pädiatrie: Möglichkeiten zur Personalrotation schaffen (stationär, ambulant, niedergelassen)
5. Entstigmatisierung von Betroffenen und Behandlerinnen/Behandlern im Rahmen der GZ 9-Maßnahme „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“, Verankerung der Ergebnisse in der Zielsteuerung
6. Solidarische Verteilung von Zusatzgebühren im intramuralen Bereich zur Attraktivitätssteigerung
7. Maßnahmen zur Förderung einer besseren Work-Life-Balance (u. a. zur Wahrnehmung von Betreuungsverpflichtungen)

WAS/WEN BRAUCHT ES für die Umsetzung? (Wen federführend?)

- » Sozialversicherung
- » Bund (BMSGPK)
- » Länder
- » Ärztekammer
- » Fachgesellschaften ÖGKJP und ÖGKJ
- » Interessen- und Betroffenenvertretungen (HPE, Autistenhilfe etc.)
- » Arbeitgeber/-innen

Mögliche BEZUGSPUNKTE (Projekte, Aktivitäten) – beispielhaft

- » Psychosoziale Dienste Wien (aktuell in Verhandlung bezüglich Anhebung Ausbildungsstellen)
 - » Gesundheitsziel 9 (Maßnahme Kompetenzgruppe Entstigmatisierung)
 - » Altöttinger Papier (zu Entwicklungs- und Sozialpädiatr. Ambulatorien)
 - » internationale Bezugspunkte zu Berufsbild ESP (Deutschland)
 - » Solidaritätsabkommen Steiermark, Kärnten
-

2. Multiprofessionelle, abgestufte Versorgung

WAS IST DAS zentrale PROBLEM für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)

- » offensichtlich mangelhaftes Versorgungssystem (sowohl im Bereich KJP als auch im Bereich ESP)
- » ÖSG-Vorgaben werden nicht eingehalten (KJP) bzw. bestehen nicht (ESP)
- » Fehlende epidemiologische Studien und Leistungsdokumentation erschweren die Versorgungsplanung (s. Thema 3).
- » fehlender niederschwelliger Zugang

WAS wollen wir ERREICHEN? (Ziel)

- » Einhaltung der ÖSG-Vorgaben
- » regionalisierte, bedarfsgerechte, wohnortnahe Versorgung
- » kostenfreier und zeitnaher Zugang für Patientinnen und Patienten
- » ausreichend interdisziplinäre, multimodale/multiprofessionelle Angebote

WIE können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)

8. Aufnahme des Bereichs ESP inkl. entsprechender Bedarfsrichtwerte und Qualitätskriterien (Berufsbild, Versorgungsstrukturen) in Strukturpläne (s. Thema 3)
9. Definition von idealtypischen Behandlungspfaden für integrierte Versorgung
10. Standardisierte, gesamte Entwicklungsdiagnostik im Mutter-Kind-Pass

WAS/WEN BRAUCHT ES für die Umsetzung? (Wen federführend?)

- » Zielsteuerungspartner: Sozialversicherung, Bund, Länder

Mögliche BEZUGSPUNKTE (Projekte, Aktivitäten) – beispielhaft

- » ÖSG (KJP)
 - » Studie Streissler zur therapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (im Auftrag des HVSVT)
 - » Publikationen Püspök et al. zu Bedarfswerten
 - » Marburger Modell
 - » MHAT-Studie (Karwautz et al.)
 - » Altöttinger Papier
 - » AWMF-Leitlinien Deutschland
 - » Beispiele für Behandlungspfade (z. B. Versorgungsregion Marburg)
 - » Mutter-Kind-Pass-Arbeitsgruppe
 - » Modell Vorarlberg (in Bezug auf gemeinsame Finanzierung)
 - » KiGGS-Studie, Bella-Studie
 - » Evaluationen von telemedizinischen Interventionen im Bereich psychosoziale Versorgung
-

3. Evidenz, Daten, Wissen über Bedarf, Patientenkarrieren

WAS IST DAS zentrale PROBLEM für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)

- » keine ausreichende flächendeckende Bedarfsschätzung und Planung für ESP für Österreich vorhanden
- » fehlende gesamthafte epidemiologische Datengrundlagen für die 0- bis 24-Jährigen

WAS wollen wir ERREICHEN? (Ziel)

- » regional und bundesweit strukturierte integrierte Versorgungsplanung (Gesundheits- und Sozialbereich bzw. Kinder- und Jugendhilfe) mit Nahtstelle zum Bildungsbereich unter Nutzung bestehender Strukturen mit entsprechender Qualitätssicherung
- » epidemiologische Forschung, Bedarfs- und Versorgungsforschung: Datengrundlagen schaffen

WIE können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)

11. Einführung einer österreichweit abgestimmten, standardisierten, minimalen Basisdokumentation (stationär, ambulanz, niedergelassener Bereich)
12. Erstellung eines flächendeckenden Plans für die sektorenübergreifende, integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen (nach dem Muster NÖ Kinder- und Jugendplan und unter Berücksichtigung bestehender relevanter Bezugspunkte wie z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie)
13. Strukturierte Auswertung der dokumentierten Daten und epidemiologischen Forschungsergebnisse

WAS/WEN BRAUCHT ES für die Umsetzung? (Wen federführend?)

- » die Zielsteuerungspartner (Bund, Länder, Sozialversicherung)

Mögliche BEZUGSPUNKTE (Projekte, Aktivitäten) – beispielhaft

- » bekannte Evidenz aus Deutschland, Schweiz, Österreich
 - » NÖ Kinder- und Jugendplan
 - » Daten zum Ist-Stand im Bereich ESP in NÖ (demnächst erwartbar)
 - » KiGGS-Studie (insbes. BELLA-Studie)
-

4. Kooperation

WAS IST DAS zentrale PROBLEM für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)

- » mangelndes Wissen der Zuweisenden und der betroffenen Familien über vorhandene Angebote
- » mangelnder Informationsfluss zwischen Gesundheitsbereich – Schule – Jugendwohlfahrt (u. a. durch Unsicherheit im Umgang mit Datenschutzbestimmungen)
- » unvollständige Vernetzung der beteiligten Versorgungsstrukturen (stationär – tagesklinisch – ambulant – niedergelassen)
- » starre Altersgrenzen – unvollständige Transition

WAS wollen wir ERREICHEN? (Ziel)

- » Vermeidung von Doppelgleisigkeiten
- » Patientinnen und Patienten bekommen, was sie brauchen
- » Kommunikation aller Beteiligten (Ressourcen)
- » partnerschaftliche Fortbildungen („wissen voneinander“)
- » Transition als fixer Bestandteil in der integrierten Versorgung

WIE können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)

14. Sichtbarkeit von Therapieangeboten (inkl. freier Plätze)
15. Gemeinsame Fort-/Weiterbildungen
16. Bessere (EDV-gestützte) Kommunikationssysteme
17. Etablierung bzw. Definition von Case Managern / Case Managerinnen („who cares best“)
18. Vermehrte Nutzung innovativer Behandlungsansätze: Telemedizin, Home Treatment, „Shared Care“-Modelle (u. a. durch Konsiliar- und/oder Liaisondienste)
19. Leitfaden für berufsübergreifende(n), patientenbezogene(n) Kommunikation/Austausch (dem Datenschutz Rechnung tragend)
20. Vernetzungsinstrumente wie z. B. Regionalversorgungsplattform (Fälle, Strukturen) schaffen
21. Zur Förderung der Transition: Verschränkung der beiden Fächer (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) durch personelle Rotation bereits in der Ausbildung

WAS/WEN BRAUCHT ES für die Umsetzung? (Wen federführend?)

- » Strukturen für die Vernetzung der relevanten Akteure/Akteurinnen, z. B. Vernetzungsplattformen
- » leistungsadäquate Abgeltung der Supportprozesse
- » gemeinsame bzw. gegenseitig einsehbare Dokumentation (unter Berücksichtigung des Datenschutzes)

Mögliche BEZUGSPUNKTE (Projekte, Aktivitäten) – beispielhaft

- » „VKKJ-Akademie“: interprofessionelle Ausbildung
 - » integrierte Versorgungsformen (Beispiel Leoben): PSO-KJ/KJP/SP: zentrale Steuerung – dezentrale Versorgung (wohnnah)
 - » mobile Teams (Obersteiermark, Wien, VKKJ)
 - » Home-Treatment-Konzepte/Pilotprojekte in Wien, Tirol, Burgenland, Steiermark
 - » Masterarbeit Grassl (Burgenland) zu Home Treatment
 - » Online-Videodolmetsch
 - » Kindernetzwerk Industrieviertel
 - » Psychiatrischer und Psychosomatischer Versorgungsplan Wien
-

5. Vertragliche, finanzielle Rahmenbedingungen

WAS IST DAS zentrale PROBLEM für die betroffenen Kinder und Jugendlichen und deren Familien? (Problembeschreibung)

- » uneinheitliche Finanzierungsströme, die zu Finanzierungsgrenzen führen (und damit u. a. zu Wartezeiten)
- » Verhandlungsstärke einzelner Berufsgruppen – wirkt sich auf das finanzierte Angebot aus
- » zu wenig Finanzmittel für mehr Ausbildungsplätze (vgl. auch Thema 1)

WAS wollen wir ERREICHEN? (Ziel)

- » Sicherstellung der Versorgung und leistungsadäquate gemeinsame Finanzierung

WIE können wir das Problem ANGEHEN? (konkrete Maßnahme(n) inkl. multiprofessioneller Lösungsansätze)

22. Kostenträgerübergreifende Finanzierungsmodelle für integrierte Versorgung flächendeckend umsetzen
23. Attraktivierung des Leistungsangebots und der Leistungsabgeltung für ESP (z. B. Elternarbeit)

WAS/WEN BRAUCHT ES für die Umsetzung? (Wen federführend?)

- » Zielsteuerungspartner: Sozialversicherung, Bund, Länder

Mögliche BEZUGSPUNKTE (Projekte, Aktivitäten)

Anhang 3: Shortlist Themen und Maßnahmen, Ergebnis der 3 AG-Sitzungen (Stand 6. 8. 2019)

Übergreifende Themen, Problemstellungen

- » sozioökonomische Determinanten → Gesundheitsziele insbes. GZ 9
- » für KIJU und deren Familien: keine Versorgung, Versorgung, aber lange Wartezeiten, inadäquate Versorgung, vielfach keine ausreichende Finanzierung der Behandlung durch die öffentliche Hand

Thema	Maßnahmen
1. Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes	<ol style="list-style-type: none"> 1. KJP: Aufnahme der Verhandlungen ad Mangelfachregelung NEU mit BMSGPK zur Erhöhung der Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4), Verhandlung der bereits von der Fachgesellschaft ÖGKJP vorliegenden Stellungnahme zur Mangelfachregelung NEU 2. Ausbildungsmöglichkeit für Neuropädiatrie in den ESP-Ambulatorien forcieren 3. Formulierung des erforderlichen Leistungsangebots für ESP gemäß des bestehenden Versorgungsbedarfs (u. a. zur Bekanntmachung des Berufsbildes) 4. KJP, Pädiatrie: Möglichkeiten zur Personalrotation schaffen (stationär, ambulant, niedergelassen) 5. Entstigmatisierung von Betroffenen und Behandlerinnen/Behandlern im Rahmen der GZ 9-Maßnahme „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“, Verankerung der Ergebnisse in der Zielsteuerung 6. Solidarische Verteilung von Zusatzgebühren im intramuralen Bereich zur Attraktivitätssteigerung 7. Maßnahmen zur Förderung einer besseren Work-Life-Balance (u. a. zur Wahrnehmung von Betreuungsverpflichtungen)
2. Multiprofessionelle, abgestufte Versorgung	<ol style="list-style-type: none"> 8. Aufnahme des Bereichs ESP inkl. entsprechender Bedarfsrichtwerte und Qualitätskriterien (Berufsbild, Versorgungsstrukturen) in Strukturpläne 9. Definition von idealtypischen Behandlungspfaden für integrierte Versorgung 10. Standardisierte, gesamte Entwicklungsdiagnostik im Mutter-Kind-Pass
3. Evidenz, Daten, Wissen über Bedarf, Patientenkarrieren	<ol style="list-style-type: none"> 11. Einführung einer österreichweit abgestimmten, standardisierten, minimalen Basisdokumentation (stationär, ambulant, niedergelassener Bereich) 12. Erstellung eines flächendeckenden Plans für die sektorenübergreifende, integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen (nach dem Muster NÖ Kinder- und Jugendplan und unter Berücksichtigung bestehender relevanter Bezugspunkte wie z. B. der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie) 13. Strukturierte Auswertung der dokumentierten Daten und epidemiologischen Forschungsergebnisse
4. Kooperation	<ol style="list-style-type: none"> 14. Sichtbarkeit von Therapieangeboten (inkl. freier Plätze) 15. Gemeinsame Fort-/Weiterbildungen 16. Bessere (EDV-gestützte) Kommunikationssysteme 17. Etablierung bzw. Definition von Case Managerinnen / Case Managern („who cares best“) 18. Vermehrte Nutzung innovativer Behandlungsansätze: Telemedizin, Home Treatment, „Shared Care“-Modelle (u. a. durch Konsiliar- und/oder Liaisondienste) 19. Leitfaden für berufsübergreifende(n), patientenbezogene(n) Kommunikation/Austausch (dem Datenschutz Rechnung tragend) 20. Vernetzungsinstrumente wie z. B. Regionalversorgungsplattform (Fälle, Strukturen) schaffen 21. Zur Förderung der Transition: Verschränkung der beiden Fächer (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) durch personelle Rotation bereits in der Ausbildung
5. Vertragliche, finanzielle Rahmenbedingungen	<ol style="list-style-type: none"> 22. Kostenträgerübergreifende Finanzierungsmodelle für integrierte Versorgung flächendeckend umsetzen 23. Attraktivierung des Leistungsangebots und der Leistungsabgeltung für ESP (zum Beispiel Elternarbeit)

Anhang 4: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 3. 10. 2019 (für FG PH am 17. 10. 2019)

Thema	Maßnahmen	Erste Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
1 Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes	1. KJP: Erhöhung der Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4)	1.1 Fachgesellschaft und Ärztekammer erarbeiten konsensual Lösungsvorschlag 1.2 Aufnahme der Verhandlungen mit BMSGPK/ÄK ad Mangelfachregelung auf Basis der von der Fachgesellschaft ÖGKJP und ÄK erarbeiteten Lösungsvorschläge 1.3 Anerkennung/Ausbau weiterer Ausbildungsstellen, auch im ambulanten und niedergelassenen Bereich (bundesweit) 1.4 Gespräche auf Landesebene zur Sicherstellung der Finanzierung von Ausbildungsstellen	BMSGPK	Fachgesellschaft Ärztekammer Land Sozialversicherungsträger	kurzfristig	mittel	mittelfristig
	2.+3.+8. Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie	2.1 Definition von Standards betr. Struktur- und Prozessqualität von ESP-Ambulatorien inkl. Leistungsangebot und Personalausstattung 2.2 Anerkennung und Ausbau von Ausbildungsstätten mit dem Schwerpunkt ESP für die Fächer Pädiatrie und KJP 2.3 Aufnahme des Bereichs ESP inkl. entsprechender Bedarfsrichtwerte in Strukturpläne (im Anschluss an 2.1)	Zielsteuerungspartner	BMSGPK Fachgesellschaft Ärztekammer	kurzfristig	mittel	langfristig
	5. Entstigmatisierung von Betroffenen und Behandlerinnen/Behandlern	5.1 Einmeldung des Projekts im Rahmen der nationalen Bestandserhebung der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ 5.2 Ableitung weiterer konkreter Maßnahmen bei Vorliegen der Ergebnisse der Bestandserhebung	BMSGPK FGÖ DVS	Mitglieder Kompetenzgruppe Entstigmatisierung	kurzfristig	schwer	langfristig
	6. Solidarische Verteilung von Zusatzgebühren im stationären Bereich zur Attraktivitätssteigerung	6.1 Analyse bestehender Good-Practice-Modelle „Solidaritätsabkommen“ (z. B. Steiermark) 6.2 Ableitung von Empfehlungen für andere Bundesländer, Krankenhausträger	Länder	KA-Träger Ärztekammer	mittelfristig	mittel	langfristig

Thema	Maßnahmen	Erste Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
	7. Maßnahmen zur Attraktivierung der Arbeitsbedingungen (u. a. zur Wahrnehmung von Betreuungsverpflichtungen)	7.1 Erarbeitung erster Vorschläge: Teilzeitmodelle im stationären Bereich, Job-Sharing-Modelle im ambulanten Bereich, Gruppenpraxen, Möglichkeit von Rotationsmodellen zwischen stationärem und ambulanten, niedergelassenem Setting	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärzttekammer	mittelfristig	mittel	langfristig
	NEU: Ausbau des bedarfsorientierten Leistungsangebots: flächendeckende Bereitstellung von multiprofessionellen Leistungsangeboten (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Therapeutinnen/Therapeuten, z. B. Ergo-, Logo-, Physio- und Psychotherapie)	1. Erfüllung der evidenzbasierten Standards of Care 2. Verankerung in den Strukturplänen 3. Finanzierung dieses bedarfsorientierten Angebots, insbesondere der Elternarbeit, Vernetzung, Teamsitzungen	Zielsteuerungspartner	Fachgesellschaften Berufsverbände			
Kooperation, multiprofessionelle, abgestufte Versorgung	4. Möglichkeiten zur Personalrotation für alle Berufsgruppen schaffen zwischen den einzelnen Versorgungssettings (stationär, ambulant, niedergelassen)	4.1. Erweiterung der arbeitsrechtlichen (z. B. Dienstverträge) Rahmenbedingungen, Möglichkeiten 4.2 strukturelle Rahmenbedingungen schaffen	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärzttekammer Berufsverbände Fachgesellschaften Personalvertretungen	kurzfristig	leicht	mittelfristig
	9. Definition von idealtypischen Behandlungspfaden für integrierte Versorgung	9.1 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung); Bezugspunkte: Grundlagen für wirkungsorientierte Versorgungsaufträge KJP, PVE, Behandlungspfad PT, Mutter-Kind-Pass	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer Berufsvertretungen Fachgesellschaften	kurzfristig	schwer	langfristig
	14. Öffentlichkeitsarbeit zu psychosozialen Angeboten	14.1 Bestandsaufnahme der Angebote (inkl. Kapazitäten), Zielgruppen und Zuständigkeiten 14.2. Sichtbarmachung der Angebote, z. B. in elektronischer Form	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärzttekammer	mittelfristig	mittel	mittelfristig
	15. Gemeinsame multiprofessionelle Fort-/Weiterbildungen	15.1 Schaffen regionaler Fortbildungsnetzwerke (in Krankenhäusern KJP-, ESP-Ambulatorien: inkl. Einladung anderer Berufsgruppen außerhalb der genannten Einrichtungen) 15.2 Antrag bei jeweiliger Berufsvertretung oder Fachgesellschaft einbringen	Ärzttekammer Fachgesellschaften Berufsvertretungen	z. B. regionale Vernetzungsplattformen Trägereinrichtungen	kurzfristig	mittel	mittelfristig

Thema	Maßnahmen	Erste Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
		15.3 Anerkennung durch jeweilige BV oder Fachgesellschaft (Aufnahme in Katalog, Definition von Fortbildungspunkten) alternativ: Fort-/Weiterbildungen in einem anderen (informellen) Rahmen					
	17. Etablierung bzw. Definition von Case Managerinnen / Case Managern („who cares best“)	6.1 Analyse bestehender Modelle/Ansätze (national und international) und jeweiliger Zielgruppen 6.2 Ableitung nationaler Empfehlungen unter Berücksichtigung bestehender Strukturen und der Ergebnisse von Maßnahme 9 (Behandlungspfad)	Zielsteuerungspartner	Trägereinrichtungen Leistungserbringer	mittelfristig	mittel	langfristig
	18. Vermehrte Nutzung innovativer Behandlungsansätze: Telemedizin, Home Treatment, Modelle integrierter Versorgung, Konsiliar- und/oder Liaisondienste	18.1 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung) zur Evaluierung ausgewählter bestehender Modelle; Bezugspunkte: Maßnahmen 9 und 17 18.2 Definition prioritärer Pilotbereiche/-regionen	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer	mittelfristig	mittel	mittelfristig
	19. Leitfaden für berufsübergreifende(n), patientenbezogene(n) Kommunikation/Austausch (dem Datenschutz Rechnung tragend) inkl. Anforderungen an (EDV-gestützte) Kommunikationssysteme	19.1 Aufbauend auf Maßnahmen 9 und v. a. 17, weitere Bezugspunkte Maßnahmen 18 und 20 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung) inkl. Definition prioritärer Pilotbereiche/-felder (z. B. Krisen)	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer Berufsvertretungen KA-Träger Trägereinrichtungen Gesetzgeber (Datenschutz) FH e-Health?	mittelfristig	mittel	langfristig
	20. Vernetzungsinstrumente wie z. B. Regionalversorgungsplattform (Fälle, Strukturen) schaffen	auf regionaler Ebene bzw. auf Ebene von Versorgungsregionen 20.1 Festlegung von Verantwortlichkeiten für die Organisation von Vernetzung, z. B. Psychiatriekoordinator/-in 20.2 Akteure/Akteurinnen (Ebenen), Ansprechpartner/-innen und deren Zuständigkeiten identifizieren und zusammenbringen 20.3 Standards für Vorgehensweisen bezüglich Vernetzung ausarbeiten: Anlässe und jeweilige Zuständigkeiten und Vorgehensweisen definieren Nebeneffekt: mehr Klarheit über Angebote und Zuständigkeiten	Psychiatriekoordinator/-koordinatorinnen bzw. (falls nicht vorhanden) Länder	Leistungserbringer Trägereinrichtungen	kurzfristig	mittel	mittelfristig

Thema	Maßnahmen	Erste Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
	21. Verbesserung des Transitionsprozesses (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie)	21.1 Umsetzung lt. ÖSG und bestehenden Konzepten 21.2. Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten	Fachgesellschaften	BMSGPK Ärztchammer KA-Träger	kurzfristig	mittel	mittelfristig

Legende:

Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes

Kooperation, multiprofessionelle, abgestufte Versorgung

Anhang 5: Shortlist prioritäre Maßnahmen – Eckpunkte für Umsetzungsplan, Version 27. 2. 2020 inkl. Ergebnis der Sitzung der FG Versorgungsstruktur: Priorisierte Maßnahmen der FG PH sowie davon priorisierte Maßnahmen der FG VS

Thema	Maßnahmen	Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes	1. KJP: Klärung des Bedarfs einer allfälligen Erhöhung der Ausbildungsstellen (Vorschlag 1:4), Verlängerung der Mangelfachverordnung		BMSGPK	Fachgesellschaft Ärztammer Land Sozialversicherungsträger	kurzfristig	mittel	mittelfristig
	2. Attraktivierung des Bereichs Entwicklungs- und Sozialpädiatrie	2.1. Definition des Bereichs ESP 2.2 Erhebung des Ist-Stands (Zielgruppen, Finanzierung, Leistungsangebote, Personalausstattung, insbes. in Hinblick auf KJP) 2.3 Definition von Standards betr. Struktur- und Prozessqualität von ESP-Ambulatorien inkl. Leistungsangebot und Personalausstattung 2.4 Anerkennung und Ausbau von Ausbildungsstätten mit dem Schwerpunkt ESP für die Fächer Pädiatrie und KJP 2.5 Berücksichtigung des Bereichs ESP in Strukturplänen (mittelfristig im Anschluss an 2.2)	Zielsteuerungspartner	BMSGPK Fachgesellschaft Ärztammer	kurzfristig	mittel	langfristig
	3. Entstigmatisierung von Betroffenen und Behandlerinnen/Behandlern	3.1 Einmeldung des Projekts im Rahmen nationalen Bestandserhebung der „Kompetenzgruppe Entstigmatisierung“ 3.2 Ableitung weiterer konkreter Maßnahmen bei Vorliegen der Ergebnisse der Bestandserhebung	BMSGPK FGÖ DVS	Mitglieder Kompetenzgruppe Entstigmatisierung	kurzfristig	schwer	langfristig
	4. Solidarische Verteilung von Zusatzgebühren im stationären Bereich zur Attraktivitätssteigerung	4.1 Analyse bestehender Good-Practice-Modelle „Solidaritätsabkommen“ (z. B. Steiermark) 4.2 Ableitung von Empfehlungen für andere Bundesländer, Krankenhausträger	Länder	KA-Träger Ärztammer	mittelfristig	mittel	langfristig

Thema	Maßnahmen	Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
	5. Maßnahmen zur Attraktivierung der Arbeitsbedingungen (u. a. zur Wahrnehmung von Betreuungsverpflichtungen)	5.1 Erarbeitung erster Vorschläge: Teilzeitmodelle im stationären Bereich, Job-Sharing-Modelle im ambulanten Bereich, Gruppenpraxen, Möglichkeit von Rotationsmodellen zwischen stationärem und ambulanten, niedergelassenem Setting	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärztchammer	mittelfristig	mittel	langfristig
	6. Ausbau des bedarfsorientierten Leistungsangebots: flächendeckende Bereitstellung von multiprofessionellen Leistungsangeboten (Ärztinnen/Ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Therapeutinnen/Therapeuten, z. B. Ergo-, Logo-, Physio- und Psychotherapie)	6.1. Erfüllung der evidenzbasierten Standards of Care 6.2. Verankerung in den Strukturplänen 6.3. Finanzierung dieses bedarfsorientierten Angebots, insbesondere der Elternarbeit, Vernetzung, Teamsitzungen	Zielsteuerungspartner	Fachgesellschaften Berufsverbände			
Kooperation, multiprofessionelle, abgestufte Versorgung	7. Möglichkeiten zur Personalrotation für alle Berufsgruppen schaffen zwischen den einzelnen Versorgungssettings (stationär, ambulant, niedergelassen)	7.1. Erweiterung der arbeitsrechtlichen (z. B. Dienstverträge) Rahmenbedingungen, Möglichkeiten 7.2 strukturelle Rahmenbedingungen schaffen	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärztchammer Berufsverbände Fachgesellschaften Personalvertretungen	kurzfristig	leicht	mittelfristig
	8. Definition von idealtypischen Behandlungspfaden für integrierte Versorgung	8.1 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung); Bezugspunkte: Grundlagen für wirkungsorientierte Versorgungsaufträge KJP, PVE, Behandlungspfad PT, Mutter-Kind-Pass	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer Berufsvertretungen Fachgesellschaften	kurzfristig	schwer	langfristig
	9. Öffentlichkeitsarbeit zu psychosozialen Angeboten	9.1 Bestandsaufnahme der Angebote (inkl. Kapazitäten), Zielgruppen und Zuständigkeiten 9.2. Sichtbarmachung der Angebote, z. B. in elektronischer Form	Zielsteuerungspartner	KA-Träger Ärztchammer	mittelfristig	mittel	mittelfristig
	10. Gemeinsame multiprofessionelle Fort-/Weiterbildungen	10.1 Schaffen regionaler Fortbildungsnetzwerke (in Krankenhäusern KJP-, ESP-Ambulatorien: inkl. Einladung anderer Berufsgruppen außerhalb der genannten Einrichtungen) 10.2 Antrag bei jeweiliger Berufsvertretung oder Fachgesellschaft einbringen 10.3 Anerkennung durch jeweilige BV oder Fachgesellschaft (Aufnahme in Katalog, Definition von	Ärztchammer Fachgesellschaften Berufsvertretungen	z. B. regionale Vernetzungsplattformen Trägereinrichtungen	kurzfristig	mittel	mittelfristig

Thema	Maßnahmen	Umsetzungsschritte	Federführende Zuständigkeit für Umsetzung	Primäre Umsetzungspartner	Fristigkeit der Umsetzung (zeitliche Machbarkeit)	Umsetzbarkeit: Wie leicht/schwer ist die Maßnahme umsetzbar?	Zeitliche Wirksamkeit: Wann wird diese Maßnahme wirksam?
		Fortbildungspunkten) alternativ: Fort-/Weiterbildungen in einem anderen (informellen) Rahmen					
	11. Etablierung bzw. Definition von Case Managerinnen / Case Managern („who cares best“)	11.1 Analyse bestehender Modelle/Ansätze (national und international) und jeweiliger Zielgruppen 11.2 Ableitung nationaler Empfehlungen unter Berücksichtigung bestehender Strukturen und der Ergebnisse von Maßnahme 8 (Behandlungspfad)	Zielsteuerungspartner	Trägereinrichtungen Leistungserbringer	mittelfristig	mittel	langfristig
	12. Vermehrte Nutzung innovativer Behandlungsansätze: Telemedizin, Home Treatment, Modelle integrierter Versorgung, Konsiliar- und/oder Liaisondienste	12.1 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung) zur Evaluierung ausgewählter bestehender Modelle; Bezugspunkte: Maßnahmen 8 und 11 12.2 Definition prioritärer Pilotbereiche/-regionen	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer	mittelfristig	mittel	mittelfristig
	13. Leitfaden für berufsübergreifende(n), patientenbezogene(n) Kommunikation/Austausch (dem Datenschutz Rechnung tragend) inkl. Anforderungen an (EDV-gestützte) Kommunikationssysteme	13.1 Aufbauend auf Maßnahmen 8 und v. a. 11, weitere Bezugspunkte Maßnahmen 12 und 14 Definition eines Projektauftrags (Zielsteuerung) inkl. Definition prioritärer Pilotbereiche/-felder (z. B. Krisen)	Zielsteuerungspartner	Leistungserbringer Berufsvertretungen KA-Träger Trägereinrichtungen Gesetzgeber (Datenschutz) FH e-Health?	mittelfristig	mittel	langfristig
	14. (KJP-)Netzwerke laut ÖSG sichtbar machen, stärken und weiterentwickeln; Netzwerkkoordination in Bundesländern identifizieren bzw. definieren	14.1 Erhebung zu IST-Stand von KJP-Netzwerken gemäß ÖSG 14.2 Identifikation möglicher Best-Practice-Beispiele 14.3 Ableitung eines Maßnahmenpakets auf Basis von 14.1 und 14.2	Psychiatriekoordinatoren/-koordinatorinnen bzw. (falls nicht vorhanden) Länder	Leistungserbringer Trägereinrichtungen	kurzfristig	mittel	mittelfristig
	15. Verbesserung des Transitionsprozesses (Erwachsenenpsychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie)	15.1 Umsetzung lt. ÖSG und bestehenden Konzepten 15.2. Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten	Fachgesellschaften	BMSGPK Ärztammer KA-Träger	kurzfristig	mittel	mittelfristig

Legende:

- in der Fachgruppe Public Health (FG PH) am 17. 10. 2019 von allen drei Kurien priorisierte Maßnahmen, davon von der FG VS am 27. 2. 2020 zur weiteren Bearbeitung priorisierte zwei Maßnahmen
- Bereich Ausbildung und Attraktivität des Berufsbildes
- Bereich Kooperation, multiprofessionelle, abgestufte Versorgung